Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 stycznia 1884. **№ 1.** **Rok XXIII.**

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

Kto dziś pisze o leczeniu ran, musi chcąc być czytanym prosić prawie o przebaczenie czytelnika, że zajmuje jego uwagę tak zużytym tematem. Literatura ostatnich trzech lat jest rzeczywiście tak bogatą w większe i mniejsze rozprawki i całe nawet dzieła o leczeniu ran, tak przepełnioną najrozmaitszemi poleceniami nowych środków do opatrywania ran, że nie można się nawet dziwić, jeżeli nie tylko lekarze praktyczni, ale i chirurdzy z zawodu i klinicyści w tym kierunku czują pewnego rodzaju znużenie, i chętnie przechodząc nad wszelkiemi nowatorstwami do porządku dziennego, trzymają się sposobu utartego.

Czy mamy ten ogrom nowych środków i modyfikacyj uważać jako znak dobry lub zły? Z jednéj strony jest to bardzo pomyślny objaw, że poznajemy coraz więcéj dróg prowadzących do tego samego celu; wszystkie te bowiem usiłowania dziś nie mogą mieć innéj dążności, jak zapewnić przebieg aseptyczny rany a więc osiągnąć to, cośmy zdziałali już i dawnemi środkami. Jestto dowodem, że uwolniono się coraz bardziéj od pierwotnego, że tak powiem, dogmatycznego pojmowania metody Listera i że w miejsce ścisłego naśladowania postawiono zrozumienie zasad leczenia ran przeciwgnilnego. Gdy przed dwoma laty napisałem, że z całego postępowania Listerowskiego tylko myśl przewodnia się utrzymała, wzięto mi z bardzo poważnéj strony za złe to wyrażenie. Sądzę, że dziś nikt przeciw temu zdaniu nie podniesie zarzutu, gdy się czyta, że wielu znakomitych chirurgów osięga te same wyniki co Lister, choć nie używa ani jednego składnika z opatrunku Listerowskiego nie wyjmując i kwasu karbolowego. A jeżeli się czyta uważnie najnowsze prace Kochera, to trzeba przyznać, że nawet poczęto wstrząsać zasadami postępowania Listerowskiego.

Jak z jednéj strony jednak usiłowania, koło wzbogacenia liczby środków opatrunkowych jest znakiem pomyślnym, tak z drugiéj strony prawie gorączkowe wyszukiwanie coraz to nowszych środków nie może zadowolić, gdyż w obec znacznego szeregu poleceń, goniących niejako jedno za drugiém, nie ma czasu na dosadną krytykę poszczególnych sposobów postępowania. Zamiast badać dokładniéj znane już środki i oznaczyć ich strony dodatne i ujemne, zastępuje się je nieznanemi dotąd środkami, do wypróbowania których potrzeba nowych doświadczeń i niestety nowych prób na człowieku.

Wiem wprawdzie, że niektórzy wprost mnie a raczéj szkole, do któréj mam zaszczyt należeć, uczynią ten sam zarzut co do zalecenia jodoformu. Późniejsze doświadczenia innych wykazały rzeczywiście, że nadmierne używanie jodoformu pociąga za sobą niebezpieczniejsze skutki, aniżeliśmy mogli przypuścić na podstawie naszych doświadczeń. Ale tu całkiem inne powody skłoniły nas do polecenia tego środka, zanim jeszcze doświadczenia nasze nad nim były ukończone, pomijając już tę okoliczność, że i późniéj nie mogliśmy obszerniéj donieść o zatruciu jodoformowém, gdyż wcale nie spotkały nas podobne smutne doświadczenia. Jodoform okazywał zaraz przy pierwszych próbach bardzo wybitne zalety i w niektórych kierunkach, że wspomnę tu tylko o jamach wyścielonych błonami śluzowemi i o gąbczastém zapaleniu kości i stawów, działał tak pewnie i prosto, jak żaden z środków dotychczasowych. Z tego powodu nie chcieliśmy i nie mogliśmy się dłużéj ociągać z ogłoszeniem naszych spostrzeżeń, wyraźnie jednak dodaliśmy, że doświadczenia jeszcze były nie ukończone i że jeszcze należy dokładniéj zbadać zalety i wady tego środka [1]). Dziś możemy stanowczo twierdzić, że dzięki licznym spostrzeżeniom innych chirurgów, a zwłaszcza dzięki obserwacyjom Königa własności jodoformu przynajmniéj o tyle są znane, o ile to jest potrzebném dla praktyki lekarskiéj a tém samém wartość jodoformu dla nas jest zapewnioną. Co do wielu jednak in-

[1]) Wrócę późniéj jeszcze raz do czynionego nam zarzutu żeśmy przedwcześnie zalecali jodoform.

nych nowszych środków posiadamy po części tak mało spostrzeżeń innych chirurgów, że prawie każdy, ktoby chciał używać jednego lub drugiego środka, musiałby robić na nowo własne doświadczenia i przyswoić sobie całkiem nowy a po części od dotychczasowego odmienny sposób opatrywania ran.

Najczęściéj autor podaje statystykę, obejmującą przypadki operowane w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, i uzasadnia w ten sposób zalety nowego środka. Jakie jednak dziś ma znaczenie statystyka, jeżeli nie obejmuje kilku tysięcy przypadków, gdzieby mogły wystąpić wybitne rożnice w pomyślnym lub niepomyślnym kierunku? Z góry już wymagamy po każdém leczeniu przeciwgnilném ran, aby one goiły się aseptycznie, a jeżeli stosunki mechaniczne na to zezwalają, przez bezpośrednie zlepienie. Ponieważ jednak nowy sposób opatrywania nic więcéj zdziałać nie potrafi, to nie prędko zdecyduje się kto odstąpić od dawnego sposobu postępowania, aby się uczyć dopiero nowego. Może tu co najwięcéj chodzić o uproszczenie postępowania antyseptycznego. Ale i w tym kierunku już tak daleko doszliśmy, że wszelkie nowe pomysły stanowią co najwięcéj tylko odmiany równéj wartości a nie rzeczywisty postęp. Zależy to więc najczęściéj od osobistego upodobania, który środek chirurg obiera. Szczególnéj wartości nabierają niektóre modyfikacyje tylko ze względu na pewne okoliczności, zwłaszcza w praktyce wojennéj i w tym kierunku nawet małoznaczące projekty mogą zasługiwać na największą uwagę.

W trudném szczególnie położeniu znajduje się w obec licznych nowych środków profesor kliniczny. Obowiązkiem jego jest w przeciągu 4 półroczy wpoić w ucznia tyle wiedzy chirurgicznéj, żeby potrafił w przyszłym swym zawodzie działać samoistnie. Trzeba należycie wyzyskać czas tych 4ch półroczy, żeby uczniowie mogli sobie przyswoić gruntownie jeden sposób leczenia ran. Jeżeli się w klinice robi doświadczenia z rozmaitemi metodami, to nietylko czas ten jest dla ucznia stracony, ale nawet cierpi na tém jego wykształcenie. Może się nawet wydarzyć, że przez cały rok przyswoi sobie niestosowną albo nawet całkiem fałszywą metodę, którą potém tylko z trudnością przy własnéj pracy może zastąpić metodę odpowiedniejszą. Z tego powodu nie mogę się zdecydować na to, aby w klinice przedsiębrać zmiany podczas kursu; jedynym stosownym do tego czasem według mego zdania są wakacyje.

W rozprawce niniejszéj nie zamierzam wcale omawiać lub zalecać zupełnie nowe środki i całkiem dotychczas nieznane. Zajmiemy się znanemi materyjałami, a co najwięcéj spotkamy się z nową kombinacyją. Jeżeli dziś mimo zmniejszonego zajęcia, jakie ten przedmiot między lekarzami budzi, do tematu tego wracam, to skłoniła mnie do tego przede wszystkiem ta okoliczność, że przeciw niektórym z moich dawniejszych prac w leczeniu ran późniejsi autorowie podnieśli już to wprost już to pośrednio zarzuty, na które jeszcze nie miałem czasu odpowiedzieć. Ponieważ tu po części rozchodzi się także o kwestyje nie załatwione jeszcze stanowczo na drodze badania przedmiotowego, przeto sądzę, że mam prawo ponownie głos zabrać. Że się dopiero dziś na to zdecydowałem, pochodzi po części i z téj przyczyny, że dopiero od $1\frac{1}{4}$ roku rozporządzam własnym materyjałem klinicznym w celach obserwacyi, a więc mogę mówić na podstawie własnych spostrzeżeń.

Ponieważ rodzaj mojego materyjału a zwłaszcza urządzenie mojéj kliniki dla osądzenia kwestyj, które późniéj poruszę, nie jest obojętny, przeto zaraz na wstępie podam tu kilka uwag w tym względzie.

Na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie starał się Ranke skreślić dosadny obraz nie bardzo higijenicznych stosunków panujących w jego klinice w Gronindze w Holandyi, a każdy z słuchaczy zapewne nabrał przekonania, że klinika Rankego jest najgorszym zakładem, jaki profesor chirurgii może posiadać. Gdy w październiku 1882 r. objąłem klinikę krakowską, żywo mi się przypomniały słowa Rankego. Kiedy jednak zacząłem czytać na nowo jego wykład, przekonałem się, że u nas jeszcze o wiele gorzéj.

Klinika chirurgiczna krakowska, jak niejednemu z czytelników zapewne wiadomo, jest umieszczona na parterze budynku dawniéj prywatnego, w okolicy wybitnie malarycznéj; na pierwszém piętrze znajduje się klinika wewnętrzna a w piwnicy kuchnia. O kilka kroków opodal znajduje się sala dla sekcyj sądowych i policyjnych. Ciasne i ciemne sale kliniki chirurgicznéj tak samo wyglądają jak przed 35 laty, kiedy rząd ją odebrał od rzeczypospolitéj krakowskiéj. Budowę nowéj kliniki, któréj potrzebę już przed 25 laty uznano, rząd dopiero przed rokiem wziął na seryjo pod rozwagę i dzięki energicznemu działaniu władz akademickich i rządowych, jakotéż przyczynieniu się Wydziału krajowego budowa ta zapewne w najbliższym czasie dojdzie do skutku.

Nie chcę tu obszernie rozwodzić się nad nie bardzo ponętnemi stosunkami méj kliniki; następujących kilka uwag wystarczy. W 5ciu małych salach dla chorych, które jeszcze w r. 1870 po części należały do zakładu anatomicznego, jest umieszczonych 21 łóżek, zazwyczaj jednak wśród roku szkolnego mieści się w nich do 30 chorych, z których część leży po dwóch w jedném łóżku a część na ziemi. O wodociągach, oświetleniu gazowém i wentylacyi ani śladu. Wychodki umieszczone pomiędzy salą mężczyzn i kobiet, urządzone w sposób jak najprostszy (zwykłe doły), zdradzają już w pokojach obok położonych swe sąsiedztwo. Separatki dla chorych zaraźliwych i innych ubikacyj brak. Ambulatoryjum (koło 2000 rocznie) najliczniejsze na wiosnę i w lecie trzeba po części odprawiać w sali chorych, po części podczas wykładu w saméj sali operacyjnéj. Chorzy czekają po części w sieni, po części w sali chorych i operacyjnéj. Nie potrzebuję tu dodać, że główny kontyngens ambulantów stanowią wieśniacy i żydzi, u których, zwłaszcza u ostatnich, czystość jest zbytkiem zupełnie nie znanym. W sali wykładowéj i operacyjnéj, która zaledwie ma miejsce na 60 słuchaczy, musiało się w ubiegłém półroczu gnieść 120 słuchaczy. Łatwo tedy pojąć, że w miesiącach letnich jest to dla mnie plagą wykładać i operować w téj dusznéj atmosferze. Urządzenie sali chorych zastałem jak najprymitywniejsze. W ubiegłym roku szkolnym zdarzyło mi się nieraz, że przez cały dzień nie miałem do użytku ani jednego czystego ręcznika lub kompresy. Musiałem się wyręczać prześcieradłami. Umywalnie, które znalazłem, były tylko obliczone na homeopatyczne dawki wody i mydła. Mimo najostrzejszego dozoru nie udało mi się dotychczas utrzymać sal chorych, bielizny i pościeli choćby tylko w znośnym stanie. Przyczyna tego leży w posłudze, która składa się z 2ch posługaczek i jednego posługacza i jest zupełnie nie odpowiednia, a nawiasem mówiąc, nie umie ani czytać ani pisać. W obec skąpego bardzo wynagrodzenia trudno w stosunkach krakowskich znaleźć posługaczy odpowiednich. Gdy przybyłem do Krakowa, posiadała klinika tylko jednego asystenta; musiałem się

przeto z początku po znacznéj części zadowolić asystą mało wprawnych studentów. Od początku tego półrocza mam oprócz drugiego asystenta 2ch podasystentów. Niemniéj jednak i dziś przeznaczam uczniów po kolei do asysty, narkozy, do podawania narzędzi, a asystenci nadzorują ich działalność. To z pewnością nie ułatwia operacyi i wymaga tém większéj baczności z naszéj strony; uważam jednak tę część praktycznego wykształcenia ucznia za tak ważną, że chętnie się godzę na powiększenie zajęcia ztąd wynikające.

Łatwo pojąć, że mój poprzednik ś. p. prof. Bryk wśród tych stosunków przykre zajmował stanowisko. Nie posiadam wprawdzie dokładnych dat co do dawniejszych wyników gojenia się ran w klinice krakowskiéj, ale opowiadano mi, że choroby przyranne stale się w klinice gościły. Phlegmone przyranna i pyemia nie były rzadkiemi, a róża była tak częstą, że w niektórych półroczach do wyjątków należało, żeby ani jednego przypadku róży w klinice nie było. W r. 1879 była taka masa przypadków róży, że prof. Bryk już chciał zamknąć klinikę. *Prima intentio* bez wszelkich zaburzeń miała stosunkowo nie często się wydarzać. Nawet prof. Obaliński, który kierował kliniką przez rok i zresztą osiągnął znakomite wyniki, miał w tym jednym roku 6 przypadków róży a jeden ropnicy. (*Medycyna,* 1882, Nr. 44—50).

Każdy pojmie, że mi się trochę przykro zrobiło, gdym miał rozpocząć moją działalność jako chirurg na tém miejscu tak osławioném. Byłem bowiem przyzwyczajony do wzorowego porządku panującego w klinice, któréj dyrektor postawił zasadę „czystość aż do zbytku“, i w któréj wszyscy od asystenta aż do ostatniéj posługaczki téj zasady się trzymali. Wychowałem się przecież w wielkim szpitalu, którego kierownik wszystkie potrzeby i życzenia dotyczące dobra chorych z największą chęcią uwzględniał. Słusznie musiałem się zapytać, czy środki, których zastósowania nauczyłem się w klinice Billrotha, i tu wystarczą? ze stanowiska teoretycznego nie wątpiłem o tém. Ale każda teoryja jest szarą. Praktyczne wyniki miały dopiero stanowić kamień probierczy dla dawniéj powziętych zapatrywań na leczenie ran i na wartość poszczególnych środków. (C. d. n.)

II. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

I. Wielkie rozpowszechnienie tytoniu i cel niniejszéj pracy.

Zanim zastanowimy się bliżéj nad głównym w tytule oznaczonym celem niniejszéj pracy, uważamy za konieczne zwrócić uwagę na wielkie rozpowszechnienie tytoniu i na ciągły wzrost téj jego ilości, jakiéj ludzie nie tylko w Europie ale w całym niemal świecie zużywają. Ten nader szybki wzrost godzien jest pilnéj uwagi. Z ostatnich wykazów statystyki konsumcyi tytuniowéj przytoczymy tu cyfry, ile gramów tytoniu przypada na jednego mieszkańca jakiegoś kraju, tj. ile który kraj stósownie do liczby mieszkańców zużywa rocznie tytoniu [1]).

I tak na jednego mieszkańca przypada:

W	New-South-Wales (Australija)	5.500 grm.
„	Hamburgu i Bremie	3.300 „
„	Stanach Zjednoczonych	2.800 „
„	Holandyi	2.150 „
„	Belgii	1.850 „
„	Państwie Niemieckiém	1.650 „
„	Szwajcaryi	1.500 „
„	Austryi	1.450 „
a to w	Austryi Dolnéj	2.925 „
„	Salcburgu	2.050 „
„	Austryi Górnéj	1.790 „
„	Wybrzeżu	1.730 „
„	Karyntyi	1.620 „
„	Styryi	1.610 „
„	Czechach	1.550 „
„	Tyrolu	1.480 „
„	Szląsku	1.420 „
„	Morawii	1.320 „
„	Krainie	1.170 „
„	Bukowinie	860 „
„	Dalmacyi	690 „
„	Galicyi	680 „
„	Węgrzech	1.280 „
„	Danii	1.100 „
„	Norwegii	1.025 „
„	Francyi	865 „
a to w	północnéj części	1330 „
„	wschodniéj „	1.800 „
„	zachodniéj „	770 „
„	południowéj „	680 „
„	środkowéj „	610 „
„	Paryżu	2.050 „
„	Hiszpanii	770 „
„	Włoszech	725 „
a to w	Wenecyi	930 „
„	Piemoncie i Lombardyi	840 „
„	Rzymie	810 „
„	Liguryi	750 „
„	Toskanii	650 „
„	Emilii	630 „
„	Marchii	550 „
„	Sardynii	520 „
„	Neapolu	490 „
„	Sycylii	336 „
„	Wielkiéj Brytanii	650 „
„	Portugalii	630 „
„	Szwecyi	550 „
„	Państwie rosyjskiém	370 „
(w	niektórych gubernijach tylko	100 grm.)

Widzimy tu wielkie różnice, w New-South-Wales np. mieszkańcy spotrzebowują średnio 55 razy rocznie więcéj tytoniu niż w niektórych gubernijach rosyjskich; a w Holandyi prawie 6 razy więcéj niż w Rosyi.

Wedle podziału tytoniu na tabakę do zażywania, na tytoń do fajek, na cygara i papierosy wypada:

W Austryi na jednego mieszkańca 97 grm. tabaki, pozostaje zaś 1.353 grm. na tytoń do palenia, a z téj ilości przypada na:

Cygara (1.064 milijon. sztuk, wagi 4,800.000 kilogr.) 220 grm.
Papierosy (200 „ „ „ 300.000 „) 14 „
pozostaje więc na tytoń do fajek 1119 grm. na 1 mieszk.

We Francyi. Tabaka, 190 grm. na 1 mieszkańca pozo-

[1]) Liczby te statystyczne zawdzięczamy uprzejmości znakomitego naszego statystyka i posła p. Ottona Hausnera.

staje więc na tytoń do palenia 675 grm., z téj ilości wynoszą cygara (921 milij. sztuk = 3,[illegible]00.000 kilgr.) = 99 grm., papierosy (800 milij. sztuk = 800.000 kilgr.) = 28 grm.; więc pozostaje na tytoń do fajek 554 grm.

We Włoszech. Tabaka 134 grm. na 1 mieszkańca, pozostaje więc na tytoń do palenia 591 grm., z tego przypada na cygara (1880 milij. sztuk = 7,600.000 kilgr.) = 288 grm., na papierosy (100 milij. sztuk = 100.000 kilgr.) = 4 grm.; pozostaje więc na tytoń do fajek 304 grm.

W Rosyi. Tabaka 40 grm. na 1 mieszkańca, z tego na cygara (250 milij. sztuk = 1,550.000 kilgr.) = 19 grm., na papierosy (2.200 milij. sztuk = 20,50.000 kilgr.) = 33 grm.; pozostaje więc na tytoń do fajek 278 grm.

Zestawiwszy więc te cztery państwa będziemy mieli:

	Tabaka	Cygara	Papierosy.	Tyt. do fajek.	Razem.
Austryja	97grm.	220 grm.	14 grm.	1.119 grm.	1.450 grm.
Francyja	190 „	99 „	22 „	554 „	865 „
Włochy	134 „	283 „	22 „	304 „	370 „
Rosyja	40 „	18 „	33 „	278 „	370 „

Liczby powyższe oznaczają nam średnią ilość rocznie spotrzebowanego tytoniu w różnych państwach przez jednego mieszkańca. Widzimy więc, że liczby te są stosunkowo bardzo znaczne, a mimo to z każdym rokiem wciąż jeszcze powiększają się, tak przynajmniéj uczy nas statystyka.

I tak wedle wykazów ministerstwa finansów we Francyi ilość spotrzebowanego tytoniu od r. 1815 do roku 1875 wzrosła z 9,753.000 do 30,751.000 kilogramów; a dochód z tego tytułu z 53,872.000 fr. do 313,546.000 fr. Tak iż według podania p. Hausnera w r. 1863 przypadało tam 638 grm. na głowę, a w r. 1879 już 870, to znaczy, że w przeciągu lat 16 konsumcyja tytoniu wzrosła we Francyi o 34%.

We Włoszech r. 1862 przypadało 570 grm. na głowę.
r. 1879 „ 720 „ „

Więc w przeciągu 15 lat konsumcyja wzrosła o 26% [1]).

W Rosyi w r. 1863 przypadało 210 grm. na głowę.
w r. 1879 „ 370 „ „

Wzrost więc w przeciągu 16 lat o 76%.

W Austryi w r. 1800 przypadało 170 grm. na głowę.
w r. 1840 „ 330 „ „
w r. 1855 „ 670 „ „
w r. 1867 „ 980 „ „
w r. 1879 „ 1.436 „ „

Konsumcyja jest więc obecnie 8½ większą niż przed 79 laty (w r. 1800).

Wzrost w latach 1800—1840 rocznie o 3%
1840—1855 „ o 6.8%
1855—1867 „ o 3.8%
1867—1879 „ o 3.8%.

Cygar zużyto w Austryi w r. 1842— 30 milij. sztuk.
w r. 1850—187 „ „
w r. 1860—440 „ „
w r. 1880—970 „ „

To znaczy, że obecnie wypalają ludzie 32 razy więcéj cygar niż przed 38 laty.

Cygar gatunku Wirginii (zawierającego największą ilość nikotynu) zużyto w r. 1857 36 milijonów sztuk,
a w r. 1879 już 182 „ „ to jest 5 razy więcéj niż przed 22 laty.

W obec tak wielkiego zużycia tytoniu i rozchodu jego, z każdym niemal rokiem silnie i stale się wzmagającego, warto zaiste zastanowić się ze stanowiska higijenicznego nad wpływem jego na zdrowie ludzkie. Środek ten bowiem nie będąc ani potrzebą, ani koniecznością prawidłowego rozwoju ani życia człowieka, siłą nalogu tylko i dobrowolnego przyzwyczajania stał się i staje ciągle coraz to powszechniejszą, sztuczną potrzebą dzisiejszych społeczeństw.

Sprawa ta nieskończenie jest ważna, nie tylko ze względów higijeny saméj, ale i innych także. Względy higijeniczne jednak, zdrowie społeczeństw mające na uwadze, są tu zdaniem naszém najważniejsze, i głównie decydujące.

Poznać się z niemi bliżéj, o ile dzisiejsze środki nauki na to pozwalały, było głównym celem niniejszéj pracy.

II. O sposobach, któremi wpływa tytoń na zdrowie ludzkie.

Tytoń na zdrowie ludzkie wpływać może w rozmaity sposób, a mianowicie: 1) przez wyziewy, jakie się tworzą podczas fabrykacyi jego; 2) przez żucie w ustach; 3) przez zażywanie; 4) przez palenie i 5) przez oddechanie dymem palącego się tytoniu.

O stósowaniu jego lekarskiém, wewnętrznem i zewnętrznem, nie wspominamy tu wcale.

Ażeby dobrze i dokładnie pojąć różnice w objawach i w skutkach tych różnych sposobów działania tytoniu na ustrój ludzki, potrzeba poznać przedewszystkiém skład i własności liści tytoniowych surowych, sposoby fabrykacyi tytoniu, i zmiany jakie w czasie téjże co do jego składu chemicznego zachodzą, daléj skład dodatków, jakie dodawane bywają w celu poprawy lub fałszowania, jakotéż własności i skład chemiczny tych różnych dymów, które powstają stósownie do rozmaitego sposobu palenia tytoniu. Różnice bowiem, jakie tu zachodzą między surowemi liściami tytoniowemi, a temi, które poprzednio poddano maceracyi w fabryce; — wyziewy powstające przy fermentacyi, a dym palącego się tytoniu;—zażywanie tabaki a palenie fajki lub cygar nie są obojętnemi pod względem fizyjologicznym i patologicznym dla człowieka; może tu być nawet i zachodzić pewne podobieństwo, ale nie tożsamość jeszcze, gdyż przez fermentacyję, fabrykacyję i palenie, zachodzą tu zawsze wielkie zmiany w liściach, w wyziewach i w dymie tytuniowym, nie mówiąc już o sposobach fabrykacyi, różnych rodzajach dodatków i o tych różnych zafałszowaniach, zwykle pokrywanych tajemnicą, a tak wpływać mogących i wpływających na objawy, działanie i skutek w ustroju zwierzęcym i ludzkim.

Skład chemiczny liści tytoniowych wedle badań francuskich chemików Pelouza i Fremy'ego jest następujący:

Zasady mineralne. Potaż, soda, wapno, magnezyja, żelazo i amonijak.

Kwasy mineralne. Siarkowy, solny, azotowy, fosforowy i krzemowy.

Zasady organiczne. Nikotyn.

Kwasy organiczne. Cytrynowy, jabłkowy, octowy, szczawiowy, pektynowy, uliminowy.

Inne ciała. Nikocyjanin, żywica żółta i zielona, wosk, drzewnik, i ciała azotowe nieoznaczone.

Skład ten chemiczny liści tytoniowych surowych, mianowicie ilościowy, nie zawsze i wszędzie bywa jednakowy, ale różni się bardzo, stósownie do klimatu, gruntu, uprawy, a nadewszystko gatunku liści samych.

I tak co do najważniejszéj części składowéj liści tytoniowych, a mianowicie nikotynu, to ilość jego bywa ró-

[1]) W tym kraju wzrost najmniejszy, bo ceny ogromnie podwyższono.

żną. Badania np. Schloesinga wykazały, że na 100 części liści było nikotynu.

W tytoniu Virginija 6,87
„ „ Kentucky 6,09
„ „ Maryland 2,29
„ „ Bresil 2,00
„ „ Havan 2,00
„ „ Paraguay 2,00
„ „ Półn. Garonne 6,58
„ „ Lot 7,96
„ „ Lot i Garonne 7,34
„ „ Ille i Vilaim 6,20
„ „ Pas de Calais 4,94
„ „ Alzacyja 3,21.

Widzimy więc, że różnica w ilości nikotynu w liściach tytoniowych, bywa bardzo znaczną, bo utrzymuje się między 2,00 a 7,96 na 100, bardzo więc naturalnie i skutek tych różnych rodzajów tytoniu na zdrowie palących musi być bardzo różny.

Poznanie składu chemicznego liści tytoniowych, nawet i najdokładniejsze, mało nas jeszcze poucza, albowiem w czasie właściwéj fabrykacyi ulegają one zmianie, i to niekiedy znacznéj.

Nie wdając się w szczegółowe opisy fabrykacyi tytoniu, nie przytaczając sposobów tu używanych, zwrócimy tylko uwagę na dwa główne jéj momenta, a mianowicie: 1) na składanie liści tytoniowych w stosy i suszenie ich, i na 2) napawanie ich tak zwanemi sosami czyli bejcami.

W pierwszym razie liście tytoniowe ułożone w stosy, pozostając na świeżém powietrzu, ulegają po pewnym czasie naturalnéj fermentacyi, skutkiem któréj wywiązuje się znaczna ilość ciepła, co nazywają zwykle zagrzewaniem się, albo poceniem się liści. Ciepłota ta dochodzi tu niekiedy aż do 35° R.

Podczas fermentacyi téj zachodzą zwykle ważne zmiany w składzie chemicznym liści; a mianowicie, ciała białkowate rozkładają się, równie jak i pewna ilość nikotynu, jakoteż i kwasy organiczne, a pozostaje olejek lotny, dający właściwy zapach tytoniowi i amonijak, który wydziela ze związku z kwasami nikotyn, pewna jednak jego część pozostaje w liściach w połączeniu z kwasem octowym, jako octan nikotynowy.

Druga czynność w fabrykacyi tytoniu, a mianowicie napawanie liści sosami, czyli bejcami, służy do tego, ażeby im nadać przyjemniejszy smak i zapach, jakoteż ułatwić palenie się.

Sosy takie składają się głównie z różnych rozczynów soli kuchennéj, saletry, salmijaku, amonijaku, winianu potasowego i innych tego rodzaju soli, oraz z rozmaitych części roślinnych wygotowanych na polewkę, jak wytłoczyny winogron, maliny, figi, jałowiec, łupiny z jabłek, kawa, herbata, cynamon, gwoździki, wanila, kaskaryla, liście bobkowe, liście aloesu i t. p. Dalej dolewają do nich niekiedy wina, wódki i miodu i dodają cukru, melasu, bursztynu, mastyksu, storaksu, kwasu benzoesowego a nawet i moczu.

Dokładnego składu chemicznego tych sosów, nigdy znać nie można, stanowi to bowiem zwykle tajemnicę każdéj fabryki, od właściwéj bowiem mięszaniny tak co do ilości, jakoteż jakości ich, zależy wytworność owych wyrobów tytoniowych.

W takich sosach nasyca się dopiero liście tytoniowe, składa na stosy i poddaje nowéj fermentacyi, po ukończeniu któréj suszy się je następnie na gorących blachach.

Łatwo pojąć, że już w skutek tych dwóch operacyj prawidłowych przy fabrykacyi tytoniu ulega zmianie skład chemiczny suszonych liści tytoniowych, a cóż dopiero mówić o nieprawidłowych sposobach fabrykacyi, o fałszowaniach, które szczególnie przy fabrykacyi cygar liściowych na wielką skalę miewają miejsce. Tutaj zamiast liści tytoniowych używają liści kapusty, buraków, boćwiny, cykoryi, naci kartoflanych i t. p. liści, które dla zamaskowania wprzód moczą w sosach tytoniowych [1]).

Niekiedy dodają tu jeszcze liście nogietka wonnego (*calendula odorata*) i nostrzyka lekarskiego (*melilotus officinalis*), a to z téj racyi, że w obu znajduje się kumaryna $\left(C_6 H_4 \begin{cases} O \\ C_2 H_2 CO \end{cases}\right)$ bardzo zbliżona własnościami swemi do nikotynu. Okazuje się z tego, że nigdy nie można być pewnym, ile w tytoniu, którego używamy, znajduje się tego najważniejszego związku, nikotynu, bo nietylko sama fermentacyja zmniejsza, jak widzieliśmy, jego ilość, ale i zafałszowania maskują.

Wedle doświadczeń dotychczasowych przekonano się jednak, że ilość ta bywa od 2·00 do 7·96 na 100. (C. d. n.)

III. Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak.)

Podał **Dr. Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek, który opisać zamierzam, zasługuje na uwagę pod dwoma względami; raz jako przypadek niezwykły a nawet bardzo rzadki pod względem patologicznym, powtóre z powodu leczenia operacyjnego, które tu, o ile m. wiadomo, po raz pierwszy w ten sposób zastosowaném zostało. Nadto uwydatnia się tu w całéj pełni ważność badania laryngoskopijnego nietylko pod względem rozpoznawczym, ale i leczniczym i to w ten sposób, że śmiało rzec mogę, iż dokładnemu laryngoskopijnemu badaniu chora swe życie i zdrowie zawdzięcza.

W styczniu 1883 zawezwany zostałem do Radymna do panny B., która dotąd pozostawała pod lekarską opieką Drów Kiebuzińskiego i Rychlickiego. Przybywszy na miejsce dowiedziałem się, że chora cierpi przeszło od roku na duszność z przypadami zwężenia wspólnéj rury oddechowéj, która lubo trwa stale, od czasu do czasu jednak nasila się więcéj, tak że przychodzi do napadów duszności, krócéj lub dłużéj trwających. W dzień przed mojém przybyciem miało miejsce takie nasilenie, cały dzień trwające, a tak znaczne, iż sądzono, że chora nie przetrzyma. Obaj koledzy, których przy choréj zastałem, oświadczyli mi, że badali krtań za pomocą zwierciadełka, nic w niéj jednak nie znaleźli, zmuszeni są więc przypuścić, że przyczyna zwężenia znajduje się poniżéj głośni, prawdopodobnie w tchawicy, któréj jednak z powodu drażliwości choréj zbadać dokładnie nie mogli. Z powodu napadu sufokacyjnego dnia poprzedniego zalecili przystawienie kilku pijawek, co rzeczywiście choréj sprawiło ulgę, tak że w chwili mego przybycia duszność była nieco mniejszą. Nadto dowiedziałem się, że chora przebyła przed pół rokiem zapalenie wypocinowe opłucny po stronie lewéj, po którém przyczepienie w dole płuca lewego wykazać było można. Mimo bardzo wielkiéj duszności dnia

[1]) Wedle Dr. Schneidera w saméj Turyngii rocznie zużywają na ten cel 2,340.000 funtów boćwiny.

poprzedniego wstrzymali się wspomnieni koledzy od tracheotomii z tego powodu, że nie umieli oznaczyć, w którém miejscu tchawicy zwężenie się znajduje. Przy badaniu laryngoskopijném, które rzeczywiście z powodu duszności i drażliwości choréj było utrudnioném, znalazłem w głośni zupełnie prawidłowe stosunki, poniżéj głośni jednakże na wysokości chrząstki obrączkowéj światło krtani prawie wypełnione guzem okrągławym, dość żywo zaczerwienionym, który wychodził z tylnéj ściany krtani siedząc na niéj szeroko i zdawał się prawie dotykać ścian bocznych i przedniéj tak, że go od nich na oko tylko bruzda zdawała się odgraniczać. Pozostająca zatém dla przejścia powietrza szpara była bardzo wąską, otaczała jednak guz wspomniony z obu boków i z przodu tak, że blisko $^3/_4$ okręgu koła stanowiła; tak więc jéj długość kompensowała poniekąd wąskość umożliwiając przez to oddech lubo znacznie utrudniony. Łatwo jednak pojąć, że w takim stanie najmniejsze obrzmienie guza, skutkiem np. większego napływu krwi, mogło do reszty zatkać wąską szparkę i zdaje się, że napad sufokacyjny z dnia poprzedniego nie na czém inném polegał. Podobne napady mogło téż wywołać nagromadzenie śluzu w wąskiéj szparze, lubo napady te w takim razie znacznie krócéj trwaćby musiały i ustępować po wyrzuceniu pewnéj ilości śluzu przez kaszel. W takim stanie choréj naprzód musiałem pomyśleć o tracheotomii w celu zabezpieczenia jéj od zaduszenia, a potém dopiero o usunięciu guza krtań prawie zatykającego. To téż zaraz przystąpiłem do tracheotomii, którą z pomocą obu kolegów wykonałem, przeciąwszy kilka pierwszych pierścieni tchawicy, nie zaś łuk chrząstki obrączkowéj, aby się dostać poniżéj zwężenia i aby nie skaleczyć samego guza, którego natury nieznając mogłem przypuszczać, że może bardzo silnie krwawić w razie skaleczenia. Po tracheotomii wyjechałem pozostawiając chorą opiece kolegów i radząc, aby po podgojeniu rany tracheotomijnéj przybyła do Krakowa celem usunięcia guza.

W tydzień przeszło przybyła chora do Krakowa z raną podgojoną, guz zaś tymczasem zwiększył swe rozmiary tak, że często lubo nie stale zupełnie światło krtani wypełniał, tak że chora nic wymówić nie mogła, czasem i po kilka godzin.

Zanim mogłem przystąpić do jakiejkolwiek terapii mającéj na celu usunięcie guza, musiałem się naprzód przekonać o jego naturze, któréj samo badanie laryngoskopijne wyjaśnić jeszcze nie było w stanie. Mógł to być bowiem nowotwór z tylnéj ściany krtani wychodzący, mógł być jednak i ropień na tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj zebrany. Pomijam możliwość wpuklenia od zewnątrz, jakie mogłoby mieć miejsce ze strony jakiego nowotworu gardzielowego, jego zaułka itp., gdyż guz usadowiony był na saméj płycie chrząstki obrączkowéj, która nie dozwoliłaby wpuklenia od zewnątrz, chyba zostawszy sama wprzód do zaniku doprowadzoną, w którymto razie musiałby guz wtłaczający się osiągnąć wielkość, któraby się zarazem innemi przypadami zdradzać musiała. Gdyby jednak siedziba guza wypadała poniżéj chrząstki obrączkowéj, musielibyśmy i tę możliwość uwzględnić, a jakieby w tym razie było pole do domysłów, można wnosić np. z przypadku Schnitzlera, w którym przerosły gruczoł tarczykowy, obszedłszy z boku tchawicę wtłoczył jéj tylną ścianę do jéj wnętrza w tym stopniu, że nastąpiło zaduszenie. Tutaj tylko dwie pierwsze ewentualności uwzględnić musiałem. Pierwsza z nich, t. j. nowotwór wychodzący z tylnéj ściany krtani, do rzadkości należy, oprócz raka, który wykluczyć z wielkiém prawdopodobieństwem można było z powodu gładkości, okrągłości i odgraniczenia guza oraz braku owrzodzenia. Rak, któryby z gardziela zniszczywszy chrząstkę wtłaczał utrzymaną jeszcze błonę śluzową, w tych rozmiarach byłby już prawdopodobnie owrzodziały i nierówny. Z innych nowotworów wiadomo, że zwykłe polipy wyjątkowo tylko z tylnéj ściany wychodzą. Znaném jest wreszcie parę przypadków mięsaków w téj okolicy usadowionych, ale i te do rzadkości należą. Ropień téj wielkości mógłby jedynie pochodzić z zapalenia ochrzęstny na tylnéj płycie, które jednakowoż zazwyczaj zajmuje i stawy nalewkoobrączkowe zdradzając się nieruchomością i obrzmieniem chrząstek nalewkowych po jednéj lub obu stronach, którego tu ani śladu nie było. Może jednak wyjątkowo zapalenie ochrzęstny ograniczyć się do saméj płyty bez zajęcia stawów i bez obrzmienia chrząstek nalewkowych, jak to sam miałem sposobność stwierdzić w dwóch przypadkach. Przeciw ropniowi przemawiało jednak samo wejrzenie guza, który od tylnéj ściany nie pochyło lecz prawie prostopadle się wznosił. Rozbiór ten, opierający się właściwie na rachunku prawdopodobieństwa, doprowadził mnie do wniosku, że najprawdopodobniéj mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, t. j. z włókniakiem lub może z mięsakiem. Po przybyciu choréj do Krakowa zbadałem ją nietylko za pomocą zwierciadełka krtaniowego, ale zarazem i przez ranę tracheotomijną za pomocą zwierciadełka stalowego Czermaka. Spód guza był już wprost na tylnéj ścianie widoczny i mogłem zarazem stwierdzić, że w dole guz nie odchodził prostopadle od tylnéj ściany, lecz wznosił się zrazu pochyło ku górze. Tak więc obraz z góry zdawał się więcéj przemawiać za nowotworową naturą guza, obraz zaś z dołu może więcéj za ropniem. W każdym razie guz operacyjnie usuniętym być musiał, w tym więc celu zabrałem się do sondowania krtani choréj, aby ją z dotykaniem krtani oswoić i sondą twardość i podatność guza wybadać. Wkrótce jednak praca moja przerwaną została przez to, że chora dostała odry, do któréj dołączyły się błony krupowe na ranie tracheotomijnéj oraz w saméj tchawicy, które jednak nie doprowadziły do zwężenia jéj światła. Przebieg odry mogę nazwać mimo to dość łagodnym, a wystąpienie błon krupowych częściowo odnosiłbym do drażnienia ze strony kaniuli. Sądzę mianowicie, że gdyby nie ta okoliczność, mimo odry błony krupowe nie utworzyłyby się, lecz skończyłoby się jak zwykle na zapaleniu nieżytowém tchawicy. Za tém przemawia i to, że błony nie sięgały niżéj jak koniec koniuli, i że pokrywały tylko tylną ścianę tchawicy, odpowiednio wypukłości kaniuli, oraz całą ranę, gdy krtań, równie jak spód tchawicy, zupełnie od nich była wolną. Po przebyciu odry mogłem dopiero powrócić do sondowania, które mnie pouczyło, że guz jest trochę podatnym, ale przecież nie miękkim. Wbiłem następnie przez ranę tracheotomijną zagiętą igiełkę Pravaza w guz w kilku miejscach, nie mogłem jednak żadnéj płynnéj treści z niego wyciągnąć. Krwawienie po nakłuciu było bardzo nieznaczne. Teraz mogłem już na pewno wykluczyć ropień, a tém samém musiałem uważać guz za nowotwór. Pod względem terapii miałem do wyboru albo wykonać laryngofisurę i następnie guz wyciąć, albo operować go drogą laryngealną, albo przez ranę tracheotomijną. Wielkość guza i szeroka jego podstawa pierwszą z tych dróg wskazywała, drażliwość przytém choréj, która nie mogła nawyknąć do znoszenia sondy w krtani bez reakcyi, uniemożliwiała drogę endolaryngealną. Nie chciałem

jednak narażać choréj na utratę głosu, który był zupełnie dobrym, a utrata może nastąpić po laryngofisurze i postanowiłem probować przynajmniéj, czy mi się nie uda zniszczyć guza galwanokauterem przez ranę tracheotomijną. Chora téż zgodziła się na rzeczone próby chętnie, aby w ten sposób cięższéj operacyi uniknąć. Spód też guza łatwo był dostępny przez ranę; u saméj nasady mogłem go dosięgnąć prawie nie podnosząc narzędzia do góry, a daléj śmiało mogłem iść na oślep, gdyż kierując instrument ku górze, nic innego jak tylko ten guz mogłem natrafić. Jedynie chcąc go dosięgnąć na najwyższéj wypukłości, t. j. wypalając od przodu w tył, łatwo mogłem zranić zarazem przednią ścianę krtani ponad raną tracheotomijną; nie obawiałem się jednak tego tak dalece, gdyż wciskając galwanokauter zawsze ku tyłowi a nie naprzód, większego zranienia mogłem uniknąć, a ograniczonéj blizny, jakaby tu powstać mogła, nie obawiałem się, gdyż takowa, jako wcale do okrężnéj niezbliżona nie przedstawiała obawy następowego zwężenia. Musiałem tylko uważać, żeby nie sprawić zranienia, któreby okrężnie lub półokrężnie się rozciągało. Z początku samego ocenić mogłem, że najtrudniéj mi będzie z górną częścią guza, do któréj od rany tracheotomijnéj droga mogła być zbyt daleka, z góry zaś wypalać nie mogłem, z powodu zbytecznéj drażliwości choréj. Gdyby nie ta okoliczność, byłbym rozpoczął od razu z dwóch stron wypalanie, t. j. z góry i z dołu czyli endolaryngealnie i przez ranę tracheotomijną, tak jednak li tylko do ostatniego ograniczyć się musiałem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann: **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, 3 vermehrte u. verbesserte Auflage II Hälfte.** (Bogen 29—61). Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg 1884.

Kilka miesięcy zaledwie upłynęło, odkąd zdaliśmy sprawę z 1széj połowy dzieła powyższego, a już autor i nakładcy wywiązali się z przyrzeczenia swego, ogłosiwszy przed paru tygodniami połowę 2gą i uzupełniwszy tym sposobem wydanie 3cie. Mając teraz przed sobą całość musimy cofnąć zdanie wypowiedziane po zjawieniu się połowy 1széj, jakoby zmian zasadniczych nie można było spodziewać się w książce, która po upływie zaledwie lat dwóch wychodzi w nowém wydaniu. Przeciwnie książka zyskała znacznie na objętości, liczy teraz stronnic 976 i rycin 108 (w wydaniu 2giém było stronnic 867 i 95 rycin), z czego wynika, że musiało przybyć także i treści. To téż napotykamy nasamprzód nowy zupełnie rozdział „o sprawdzaniu tożsamości trupów“ (str. 784—819). Dawniejsze dzieła sądowolekarskie zwłaszcza francuskie, zajmowały się tą kwestyją wyczerpująco; w nowszych czasach mało przywięzywano wagi do sprawdzania tożsamości, mieniąc je rzeczą w praktyce podrzędną; dopiero straszna katastrofa, któréj widownią był Ringteatr wiedeński przed 2 laty przypomniała doniosłość sprawy i stała się bodźcem dla autora, że w obecném wydaniu umieścił ważny ustęp, uwzględniający wszystkie szczegóły, zasługujące na uwagę przy sprawdzaniu tożsamości zwłok, śród szczególnych i wyjątkowych okoliczności odgrzebanych, z wody lub z ognia wydobytych.

W rozdziale „o uduszeniu“ autor utrzymuje dawniejsze swoje twierdzenie co do pojawienia się wynaczynionek na częściach względnie niżéj położonych u wisielców, nie uważa ich atoli za pośmiertne, lecz powstałe za życia a uwydatniające się dopiero po śmierci; daléj zwraca uwagę, że obecność krwi ściętéj w sercu i naczyniach większych nie wyklucza śmierci z uduszenia, że po strangulacyi może pozostać na szyi kilka brózd, jeżeli narzędzie duszące kilkakrotnie koło niéj okręconém zostało; daléj roztrząsa zmiany znachodzące się w częściach miękkich szyi i podaje objawy miejscowe i ogólne, spostrzegane u ludzi strangulowanych a wcześnie jeszcze odcinanych; znaczenie próby usznéj w rozpoznawaniu śmierci z utonięcia sprowadza do bardzo podrzędnego znaczenia, oparty na doświadczeniach czynionych przez Dra Hněvkovskiego, wreszcie zastanawia się nad brózdami i obrażeniami, które znachodzą się na zwłokach z wody wydobytych i nad rozpoznawaniem okresu czasu, przez jaki zwłoki leżały we wodzie.

W rozdziale „o oparzeniu“ znajdujemy uwagi nad działaniem płynów żrących i nad insolacyją, oraz wzmiankę o zmianach ważniejszych znalezionych na ofiarach katastrofy w Ringteatrze.

Najliczniejsze zmiany napotykamy w rozdziale o otruciach. Rzecz o zmianach miejscowych w żołądku po otruciu środkami żrącemi uległa gruntownemu przeobrażeniu, daléj wspomina autor i o reakcyi wymoczkowéj Rossbacha, o ptomainach jednak natrąca tylko mimochodem, czego żałować wypada a tłumaczymy sobie brak ten okolicznością, że, o ile wiemy, badania nad alkaloidami gnilnemi, we Wiedniu przedsięwzięte dotychczas nie doprowadziły do rezultatów pewnych. Osobny ustęp poświęca autor otruciu chloranem potasowym, które właśnie w ostatnich dwóch latach nabrało większego znaczenia, jak to kilkakrotnie w Przegl. Lek. podnosiliśmy; również rozpisuje się obszerniéj nad otruciem kwasem solnym, azotowym, szczawiowym i karbolowym, oraz amonijakiem i jodoformem. W dziale o otruciu fosforowém zwraca uwagę, że zmiany powstałe w wątrobie odpowiadają czasem obrazowi ostrego żółtego zaniku, a wiadomo, że Ossikovszky od dawna broni identyczności otrucia fosforowego i ostrego zaniku wątroby. — W dziale o otruciu tlenkiem węgla nie wspomina autor o nowéj próbie Salkowskiego (p. Przegl Lek. 1883, Nr. 25).

W ważnym rozdziale o dzieciobójstwie uwzględnia wszystkie nowsze prace, odnoszące się bezpośrednio lub pośrednio do próby płucnéj. Do cechy podanéj przez Kotelewskiego w Warszawie, według któréj rozróżnienie oddychania noworodka od sztucznego wydęcia płuc ma być możebném na podstawie różowawego marmurkowania płuc, nie przywięzuje wagi wielkiéj; z własnego doświadczenia dodajemy, że cecha ta nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Sposób Schultzego wzbudzenia sztucznego oddychania, nie dawno temu przez Rungego zachwalany a przytoczony jako dowód przeciw znaczeniu próby płucnéj, również nie znajduje poparcia w doświadczeniach przez autora umyślnie przedsięwziętych. Pod względem kwestyi, czy płuca, które oddychały mogą stać się znów bezpowietrznemi, wiadomo, że autor od dawna stoi po stronie Schrödera; obecnie przytacza wynik przeciwny doświadczeń Tamassii, nie wspomina atoli jeszcze o pracy Ungera. Natomiast odwołuje dawniejsze swoje zdanie o próbie usznéj, i przychyla się do zdania Lessera a zwłaszcza Hněvkovskiego, odmawiającego téj próbie wszelkiego znaczenia.

W dziale o zmianach pośmiertnych napotykamy uwagi praktyczne w maceracyi zwłok leżących we wodzie oraz o tłuszczowosku; w pojmowaniu sprawy two-

rzenia się onego autor pozyskał poparcie Ludwiga, Ermanna i Reicharda przeciw zapatrywaniu obozu przeciwnego, bronionego głównie przez Krattera w Gracu.

W psychopatologii sądowéj w przeciągu dwóch lat nie mogły zajść zmiany ważniejsze, to też w tym dziale najmniéj znajdujemy przeobrażeń; jednak i tu skrzętnie autor korzystał z literatury, zapisując np. nowszą literaturę przewrotnego popędu płciowego, wspominając o szczególnym stanie, wystąpić mającym według autorów amerykańskich u pijaków nałogowych a zwanych przez nich „*Trance state*" (stan zachwytu), podając wreszcie kilka uwag nad symulacyją obłąkania i nad samobójstwem w chorobach gorączkowych.

Pobieżny ten pogląd na zmiany, poprawki i uzupełnienia, znajdujące się w wydaniu 3ciém dzieła Hofmanna, wystarczy, aby przekonać każdego, że dzieło to odpowiada wszelkim wymogom tak lekarza doświadczeńszego jako i mniéj doświadczonego, że jest więc podręcznikiem w najlepszém tego słowa znaczeniu i że ze wszech miar zasłużyło sobie na niezwykłe rozpowszechnienie, którego doznało.

L. Blumenstok.

Farmakologija Nothnagla i Rossbacha, przekład z 4go wydania oryg., wydana staraniem i nakładem właścicieli Gazety Lek. Warszawa 1883.

W roku właśnie minionym wzbogaconą została literatura polska lekarska przekładem farmakologii Nothnagla i Rossbacha, którymto przekładem zapełnioną została jedna z największych luk w piśmiennictwie naszém, gdyż w żadnym innym dziale nauki lekarskiéj nie dawał się uczuć większy brak dobrego podręcznika, aniżeli w dziedzinie farmakologii, tém bardziéj, że oprócz dzieła Wyrzykowskiego, będącego opracowaném tłumaczeniem Schuchardta, nie posiadaliśmy podręcznika odpowiedniego. Czy dzieło obrane do tłumaczenia było dobrém, na to łatwa odpowiedź, gdyż żadne dzieło farmakologiczne nie cieszy się takiém powodzeniem, jak dzieło Nothnagla i Rossbacha, napisane przez autorów posiadających doświadczenie kliniczne i znajomość farmako-fizyjologii. W żadném inném dziele nie znajdzie materyjału tak krytycznie obrobionego, jak właśnie w dziele Nothnagla i Rossbacha; nadto jestto jedyne nowsze dzieło, w którém podział leków na podstawie chemicznéj konsekwentnie przeprowadzono i w którém część toksykologiczną należycie uwzględniono. W dziele tém znajdzie lekarz cenne wskazówki dotyczące wszystkich tych leków, których skład chemiczny dokładnie jest znanym; te zaś, których istoty działające nie są dokładnie znane, znajdują albo pobieżne opracowanie albo zostały zupełnie pominięte. Ze względu więc na dobry wybór dzieła i poprawność języka należy się autorom przekładu uznanie i dzieło to, odznaczające się nadto pięknym drukiem i na nasze stosunki ceną bardzo przystępną, można kolegom zalecić jako najlepszy dotychczas znany podręcznik farmakologii. *Prof. Dr. Łazarski.*

Prof. Alfreda Fourniera: **Syfilis i małżeństwo.** Przełożył Dr. med. Antoni Elsenberg.

Dr. Elsenberg wzbogacił naszą ubogą literaturę syfilidologiczną przekładem znakomitego dzieła Fourniera. Z zadania swego jako tłumacz wywiązał się dobrze. Tłumaczenie jest wierne, myśl autora w polskiéj szacie dokładnie oddana. Mielibyśmy do zarzucenia tylko niektóre usterki językowe. Przedewszystkiém razi bardzo spadkowanie wyrazu syfilis, syfilisa, syfilisowi, syfilisem; daléj źle użyto wyrazu „ssawce syfilityczni" zamiast oseski syfilityczne; „przejawy kiły" zamiast objawy kiły; „w razie nastąpionego nieszczęścia" zamiast w razie nieszczęścia, które nastąpiło. Tłumacz bez potrzeby używa co chwila zaimków (np. na str. 46 „przedewszystkiém dziecko to nie rozwija się fizycznie, tak, że w 12 roku jego życia"....) Mimo tych dość licznych usterków językowych, z których tylko kilka ważniejszych podnieśliśmy, całość gładko i przyjemnie się czyta.

Możemy też polecić tłumaczenie Dra Elsenberga nietylko lekarzom ale każdemu wykształconemu człowiekowi. Przez rozpowszechnienie znajomości tak ważnéj kwestyi niejednokrotnie zapobiegłoby się nieszczęściu całéj rodziny, jakie powstaje przez lekkomyślne zawieranie związków małżeńskich przez ludzi zarażonych kiłą. *Dr. Kopff.*

Dr. Ida Elijaszowa: **O działaniu kantarydynu na nerki.**

Mało zajmowano się dotąd badaniem zmian drobnowidowych w nerkach, wywołanych przez zadawanie kantarydynu. Pierwszą pracę w tym kierunku podjęła Szachowa, zadając psom kantarydyn w małéj ilości przez kilka tygodni. Zmiany które znalazła, odnosiły się przeważnie do kanalików krętych: w nich to szczególnie widzieć było można powiększenie komórek do 10 razy, przyczém pierwoszcze ich stawało się połyskujące i więcéj przeźroczyste a jądro również przybierało większą objętość. Podobne doświadczenia robił Cornil, lecz znalazł głębsze zmiany a te odnosiły się do kłębków, w których można było widzieć pod drobnowidem wypocinę siatkowatą złożoną między kłębkami a torebką, przybłonek torebki napęczniały, kanaliki kręte rozszerzone i światło ich wypełnione jużto ciałkami białemi, lub tworami kulistemi różnéj wielkości, jużto wreszcie siatkowatą wypociną, a wzdłuż naczyń był dość znaczny naciek drobnokomórkowy.

W przeciwieństwie do wspomnianych stoją doświadczenia prof. Browicza, który zadając większe dawki kantarydynu, bo 0·01 rozpuszczonego w eterze octowym, wywoływał ostre zapalenie nerek. (*Centralblatt für die med. Wissenschaften* 1879. 145). I tu były wybitne zmiany w kłębkach a mianowicie, co najprzód uderzało, powiększenie tychże, następnie masy drobnoziarniste i szkliste bez jąder wewnątrz kłębków. Podobne masy znajdowały się w samych kanalikach moczowych, jako t. zw. wałeczki, przybłonek kanalików był napęczniały, a tak w samych komórkach przybłonkowych i wewnątrz kanalików, jakoteż i w podścielisku były tu i owdzie ciałka limfatyczne.

Metody prof. Browicza użył także i Cornil w swych doświadczeniach (*Comptes rendues*) 1880. 180) a według zapatrywania tego ostatniego działa kantarydyn w pierwszym rzędzie na naczynia, w skutek czego przechodzi przez ich ścianę osocz krwi, tudzież ciałka białe i czerwone a nawet śródbłonek ulega zniszczeniu a następnie dopiero sprowadza zmianę w komórkach przybłonkowych.

Z innych zasługują na wzmiankę doświadczenia Dunina, który znajdował u kotów zatrutych kantarydynem martwinę koagulacyjną w kanalikach krętych. Te rozmaite, w znacznéj części sprzeczne wyniki poprzednich badań, były przyczyną, że E. powtórzyła doświadczenia, aby zbadać jeszcze raz zmiany w komórkach przybłonkowych. Warstwa przybłonkowa w kanalikach moczowych królików przedstawia bardzo często linię nierówną, zębowatą, jakby wygryzioną, jeżeli się nawet zupełnie świeżą nerkę włoży do alkoholu albo kwasu chromowego. W lekkich stopniach zatrucia kantarydynem przedstawia nerka podobny obraz, różniący się chyba większą nierównością powierzchni warstwy przybłon-

kowéj; w późniejszym jednak okresie zatrucia zmiany są wybitniejsze i odnoszą się do kanalików istoty korowéj, z wyjątkiem części zstępujących. Kanaliki te okazują rozszerzone światło a warstwa przybłonka wałeczkowego, wyściełająca kanaliki, jest znacznie spłaszczona. W świetle zaś kanalików widać luźno leżące masy drobnoziarniste z jądrami i bez tychże. Powierzchnia wewnętrzna warstwy przybłonkowéj jest najczęściéj nierówna. Pierwoszcze komórek jest zwykle ziarniste a jądra są w niém zawarte w mniejszéj ilości, albo zupełny ich brak tak, że zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w tych komórkach brak jest wewnętrznéj połowy komórek. Brak jąder chciano tłómaczyć w ten sposób, że jądra skutkiem martwiny koagulacyjnéj tracą własność przyjmowania barwika, to jednak zapatrywanie nie może się ostać w obec faktu, że przecież znajdują się jądra dobrze zabarwione, choć w nierównie mniejszéj ilości. Oderwanie się wewnętrznéj części warstwy przybłonkowéj ma miejsce skutkiem rozpuszczenia się téj warstwy pierwoszczy, która oddziela jądra od powierzchni wewnętrznéj, poczém rozpuszcza się także warstwa pierwoszczy otaczająca jądra z boku, tak że wreszcie jądro wolno leży w świetle kanalika. Takiego obrazu nigdy się nie napotyka w stosunkach prawidłowych. Ale i odczynniki, których się używa, nie są bez wpływu na obraz drobnowidowy, i tak np. w preparatach stwardniałych w kwasie chromowym są masy rozpadowe wypełniające kanaliki więcéj jednostajne, podczas gdy w preparatach, które moczono w chromanie amonowym lub alkoholu masy drobnoziarniste i utrzymane jądra są skupione.

E. używała do swych badań także dwuchromanu potasowego, kwasu pikrynowego a wreszcie kwasu osmowego a preparaty na działanie tych odczynników wystawione okazywały bardzo znaczne różnice. Szczególnie wybitne zmiany wywołuje kwas osmowy, ścinając, jak się zdaje, masy zawarte w kanalikach i tém tłumaczy E. że Cornil, który właśnie używał tego odczynnika, znalazł daleko większe zmiany, aniżeli inni autorowie. (Dok. nast.)

Kassowitz: Leczenie krzywicy fosforem.

Już w r. 1872 zwrócił Wagner uwagę na ważną okoliczność, że podając małe ilości fosforu *in substantia* młodym zwierzętom wywoływał na trzonach kości rurkowatych warstwę kostną znacznéj zbitości. Wagner nie zużytkował jednak swego odkrycia w celach terapeutycznych; Kassowitz pojął doniosłość tych badań; już poprzednio nabrał on przekonania, że istota krzywicy polega na bujnym rozwoju kości, oraz rozszerzeniu i przepełnieniu krwią naczyń chrząstki, ochrzęstny i wreszcie saméj kości. W skutek szybkiego prądu cyrkulacyjnego osadzenie się we krwi będących soli wapiennych staje się uniemożebnione i powstaje powszechnie znane zgrubienie nasad i miękkość trzonów. Kassowitz znając już doświadczenie Wagnera, zastosował fosfor w krzywicy w nadziei, że i tu nastąpi wytwarzanie kostnéj twardéj warstwy. Wyniki jego badań są następujące: *a*) większe dawki fosforu ($^6/_{10}$ miligrama) wywołują u zwierząt bujny rozrost naczyń w najmłodszych warstwach kości i następowe rozmiękczenie kostniejącéj chrząstki, słowem powstaje krzywica sztuczna; *b*) małe dawki fosforu (do $^2/_{10}$ miligrama) uderzająco powstrzymują sprawę rozmiękczenia pozbawionych wapna młodych nawarstwień kości i chrząstki, oraz zmniejszają liczebnie i zwężają przestwory szpiku kostnego; taki wpływ małych dawek fosforu musi polegać na powstrzymaniu rozwoju najmłodszych naczyń i zwężeniu ich światła. Wyniki lecznicze z zastosowania fosforu w krzywicy mają być podług Kassowitza zdumiewające. Podawany w małych dawkach *in substantia* jest on nieszkodliwy dla ustroju; skutek leczniczy występuje prędko i pewnie. Najcięższe przypadki krzywicy leczy się skutecznie fosforem, nawet w tych okolicznościach, kiedy zachody dyjetetyczne nie mogą być zastosowane. Kassowitz zaleca podawać dzieciom chorym na krzywicę fosfor w rozczynie oleistym (0,01 na 100,0 olejku migdałowego) po łyżeczce dziennie, zatém pół miligrama na dobę; leczenie należy stosować od 1 do 6 miesięcy. Autor zebrał już 560 przypadków szczęśliwie tym sposobem leczonéj krzywicy. (Sprawozdanie z wrześniowego Zjazdu lekarzy niemieckich w Fryburgu).

Dr. A. Kwaśnicki.

Maydl. Gastrotomija.

Do poprzedniego swego sprawozdania (*Wien. med. Blätter* 1882 N. 15 i nast.) dodaje M. historyje 12 chorych, z których 5 umarło, siedmiu zaś wyzdrowiało. W pierwszym niepomyślnym przypadku nie można było wyciągnąć żołądka na zewnątrz z powodu unieruchomienia go przez naciek nowotworowy w okolicy upustu. Rana w ścianie brzusznéj wygoiła się *per primam*. Chory umarł w 3 tygodnie późniéj w skutek wyniszczenia. W drugim przypadku nie można było również otworzyć żołądka, ponieważ ściany jego były mocno zniekształcone i skurczone przez blizny powstałe po wypiciu kwasu siarkowego. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono rozlane zapalenie otrzewny i posokowate zapalenie głębokiéj tkanki łącznéj na szyi i w śródpiersiu wywołane w skutek przebicia ścian połyku. Raz nastąpiła śmierć w skutek rozlanego zapalenia otrzewny z powodu rozdarcia się zrostów między żołądkiem i ścianą brzuszną i wylania się treści żołądkowéj do jamy otrzewnowéj.

Czwarty chory umarł w 2 dni po operacyi z wyniszczenia, gdyż znaleziony i przyczepiony do ściany brzusznéj żołądek następnego dnia znowu uwolniono i utworzoną w jego ścianach ranę zespojono z powodu niepewności, czy operacyję wykonano na żołądku, czy też na okrężnicy.

Wreszcie powodem śmierci 5 chorego było zrazikowe zapalenie płuc.

W pozostałych 7 przypadkach operowanych z powodu raka połyku nastąpiło wyleczenie i po kilku miesiącach znajdowali się prawie wszyscy operowani w dobrym stanie zdrowia.

M. jest gorliwym zwolennikiem gastrotomii, mającéj wiele zalet przed polecaną przez Gussenbauera esofagotomiją wewnętrzną, która tylko w niewielu przypadkach może być stosowniejszą. Jako zabieg operacyjny w celu uchronienia chorego od śmierci głodowéj jest utworzenie przetoki żołądkowéj operacyją bardzo prostą i do wykonania jéj nie potrzeba szczególnych narzędzi, ani dużo umiejętnéj asystencyi. Jeżeli zwężenie połyku da się następnie usunąć, natenczas przetoka żołądkowa goi się szybko nie pozostawiając po sobie żadnych dolegliwości ani oszpecenia. M. sądzi też, że otwarcie żołądka może być wskazane zaraz z początku po znaczniejszém oparzeniu połyku płynami żrącemi, gdyż tym sposobem umożebnia się prawidłowe odżywienie chorego, oszczędzą mu się bóle i zapobiega wyniszczeniu przez długotrwałe głodzenie się, rana w połyku może się goić spokojnie a przeto chroni się od przebicia połyku i jego różnych następstw.

Gastrotomija zyskała sobie zatém na zawsze prawo obywatelstwa w chirurgii; przy zwężeniach bliznowatych jest ona operacyją ratującą życie, przy zwężeniach nowotworowych przedłuża przynajmniéj życie przez kilka miesięcy. Prawie najważniejszém przeciwwskazaniem do jéj wykonania są

istniejące już przed operacyją sprawy zapalne w płucach, które téż najczęściéj są przyczyną śmiertelnego zejscia.

Operacyję najlepiéj wykonywać, jeżeli tylko stan chorego na to pozwala, dwuczasowo, t. j. otworzyć żołądek dopiero w jakiś czas, w kilkanaście godzin lub nawet kilka dni po przyczepieniu go do ściany brzusznéj. Do otwarcia najstosowniejszy jest termokauter. Przez utworzony tym sposobem otwór wprowadza się w celu karmienia chorego do żołądka rurkę drenową, koło któréj przetoka mocno się kurczy i treść żołądkowa się nie wylewa, jak to bywa często, jeżeli otwór z żołądka obrębiony został błoną śluzową. (*Wien. med. Presse* 1883, Nr. 47, 48). *Dr. H. Schramm.*

Dr. A. Wölfler: **Podział rozmaitych form wola dobrotliwego.**

Wölfler stara się na podstawie badań histologicznych i historyi rozwoju wprowadzić pewien ład w chaos najrozmaitszych nowotworów gruczołu tarczykowego, objętych ogólną nazwą *struma*. Podzieliwszy wszystkie wola na dwie wielkie grupy: *struma benigna* i *maligna*, dzieli pierwsze na trzy pomniejsze działy: mianowicie rozróżnia *adenoma foetale*, t. j. gruczolaki rozwijające się w postaci guzów dość twardych, dokładnie i ściśle ograniczonych z zarodków embryjonalnych wśród prawidłowego zresztą gruczołu tarczykowego, który nawet w skutek rozrostu może uledz w znacznéj części zanikowi. Guzy te, których zazwyczaj jest kilka, a nawet kilkanaście, nie dochodzą prawie nigdy do znaczniejszych rozmiarów i bardzo rzadko tylko wywołują groźniejsze objawy. Występują one już w pierwszéj młodości, zwłaszcza zaś pomiędzy 10tym a 20tym rokiem życia. Drugi rodzaj stanowi *adenoma gelatinosum;* jestto nowotwór polegający na zwiększonéj produkcyi tkanki galaretowatéj i nowo wytwarzaniu komórek gruczołowych wewnątrz poszczególnych pęcherzyków. Ponieważ zmiany te nie dotyczą gruczołu tarczykowego w całości, tylko obok pęcherzyków chorobowo zmienionych znajdują się i zupełnie prawidłowe, ztąd także nazwa *adenoma acinosum*. Dość często przychodzi w takim nowotworze do wytworzenia większych torbieli. Wola te są prawie zawsze miękkie, elastyczne, powierzchnia ich najczęściéj kulista lub lekko falista, a występują w każdym wieku, szczególniéj jednak u ludzi starszych. Zazwyczaj nie utrudniają oddechania, chyba że przychodzi do bardzo znacznie zwiększonéj produkcyi tkanki galaretowatéj. Trzeci wreszcie dział stanowi *adenoma interacinosum*. Sąto przypadki, w których jużto w prawidłowym gruczole tarczykowym lub téż w gruczolaku galaretowatym rozwija się młoda tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, pomiędzy poszczególnemi pęcherzykami. W tych przypadkach wole bywa jednostajnie ciastowato miękkie a z powodu dość znacznego unaczynienia częstokroć bardzo łatwo daje się ścisnąć. Występuje częściéj u ludzi młodych, a mianowicie nierzadko u kobiet ciężarnych.

Ze względu na terapiję podział ten jak na dziś nie wielkie ma znaczenie. Musimy się dopiero nauczyć poszczególne te rodzaje wola odróżniać od siebie klinicznie. Tyle tylko i dziś powiedzieć można, że wstrzykiwania miąższowe nastoju jodowego w przypadkach gruczolaka płodowego wpływu leczniczego wywrzeć nie zdołają, podczas gdy w gruczolaku międzyzrazikowym wywołując skurczenie bliznowate nowo wytworzonéj tkanki sprowadzają zarazem zmniejszenie nowotworu. (*Wiener medizinische Wochenschrift* 1883 Nr. 48).

Dr. Trzebicky.

Dutertre. (Paris J. B. Baillière et fils, 1882). **O narkozie chloroformem wśród porodu.**

Na rok przed wydaniem powyższego dzieła chloroform był przedmiotem żywéj nader rozprawy w Akademii lekarskiéj paryskiéj. Książka powyższa jest obszernem dziełem, którego treścią jest użycie chloroformu podczas zwykłych porodów. Trzeba przyznać, że autor z bardzo wielką dokładnością zajmuje się wszelkiemi dotyczącemi kwestyjami, i że skrzętnie zebrał obfitą literaturę.

Nie podobna szczegółowo rozbierać pięknéj téj pracy dla jéj wielkich rozmiarów i poprzestać musimy na powtórzeniu w streszczeniu końcowych jej wyników.

Autor przeczy mianowicie, jakoby ból porodowy był fizyjologicznie użytecznym i koniecznym, lub żeby nie mógł być usuniętym. Przeciwnie twierdzi, że zniesienie bólu jest tylko korzystném. Znieczulenie w tym stopniu, iż uczucie bólu się znosi bez zniesienia przytomności, nazywa „*Anesthésie obstetricale*“. Taka narkoza albo żadnego, albo tylko nieznaczny wywiera wpływ na bóle porodowe, podczas gdy narkoza zupełna miewa za skutek zupełne ustanie skurczów. Bóle nieregularne stają się w narkozie regularnemi. Krwotoki w narkozie nie zdarzają się częściéj, aniżeli zwykle. Trwanie porodu przez narkozę nie jest krótszém, ani dłuższém. Oddechanie w początku narkozy staje się nieco częstszém, późniéj powolniejszém niż normalnie; podobnie ma się rzecz z czynnością serca. Ciepłota ciała nie zmienia się, natomiast barwa krwi może się zmienić. Chloroform przechodzi w krążenie płodu, zdaje się jednak, że żadnego na nie nie wywiera wpływu. Wszelkie inne zarzuty narkozie podczas porodu czynione uważa D. za całkiem nieuprawnione. Wymaga czystości preparatu, aby uniknąć zamartwicy i osiągnąć łatwo „*Anesthésie obstetricale*“, a odradza użycia mięszanin chloroformu z innemi środkami. Narkozę rozpoczętą, gdy bóle stają się silnemi, można przedłużać według upodobania, dawki jednak ciągle winny być małemi. Choroby serca i płuc nie są bezwzględném przeciwwskazaniem. *Dr. Kohn.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) Prof. Nussbaum poleca **mieszaninę chloroformu z kilku kroplami olejku gwoździkowego** do znieczulania chorych, którzy nie mogą znieść woni chloroformu czystego. Do mięszaniny téj zwykł N. dodawać jeszcze nieco lotnika siarkowego i twierdzi, że woń mięszaniny takiéj jest przyjemną dla każdego chorego.

Przy téj sposobności wypowiada autor zdanie, że „dobrze znieczulać za pomocą chloroformu bywa czasem trudniéj aniżeli dobrze operować“, twierdzi następnie, że przypadki śmierci wśród znieczulania, które zaszły w okresie podniecenia, przypisać należy winie lekarza! a każdy lekarz, któremu umiera chory w okresie podniecenia, winien być pociąganym do odpowiedzialności. Prof. N., jakkolwiek jest znakomitym chirurgiem, zdradza niemniéj niepoślednie zdolności prokuratora, jak dał tego dowód, chcąc pociągać do odpowiedzialności lekarzy sądowych, którzy nie stosują zasad sposobu przeciwgnilnego w wszystkich przypadkach sądowych.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7 września 1883.

Obecni koledzy: Koszutski, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz. Przewodniczy kol. Koszutski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu zabiera głos kol. Koszutski wspominając, że spotyka się z biegunką i to bardzo często u ludzi zamożnych, nadto widuje przypadki szkarlatyny i dyfteryi a w ostatnim czasie i zimnicy. — Kol. Jerzykowski leczy często przypadki ostrego zapalenia gardła i migda-

łów. — Kol. Koszutski dodaje, że od osoby znajoméj, hodującéj dużo gołębic, dowiedział się o rozpowszechnionéj pomiędzy temi ptakami jakotéż pomiędzy indykami nadzwyczaj zaraźliwéj chorobie, którą jeden z weterynarzy poznańskich uznał za dyfteryję. — Sekretarz zapytuje, czy który z kolegów doświadczał już skuteczności zachwalonego z Petersburga nowego środka przeciw dyfteryi, t. j. siarkosinku potasowego, do czego jednakże z obecnych nikt dotąd nie miał sposobności

Następnie sekretarz kilku wstępnemi słowy poprzedził okazanie i opis użycia nowego rozpylacza Kabierskego (*Ctrbl. f. Chir.*, 1883, Nr. 33). Po wymianie zdań w sprawie rozpylaczy zakończono posiedzenie. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

Sprawozdanie z Posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 2 listopada 1883.

Obecnymi na posiedzeniu, któremu przewodniczy prezes kol. Matecki, byli koledzy Batkowski, Jerzykowski, Kapuściński, Koszutski, Osowicki i sekretarz.

Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano, a następnie na wniosek kol. Osowickiego z pominięciem innych punktów porządku dziennego przystąpiono najprzód do rozpraw nad sprawą udziału sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w ogólnym Związku stowarzyszeń niemieckich, sprawą wniesioną przez przewodniczącego miejscowego Towarzystwa lekarskiego niemieckiego za pośrednictwem sekretarza Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk.

Pierwszy zabiera w téj sprawie głos sekretarz, przemawiając w tych słowach: Po dokonaniu politycznego zjednoczenia Niemiec powstały prawie na wszystkich polach życia społecznego i administracyjnego, a nawet i naukowego, dążności unifikacyjne. Temu to przypisać należy, że udało się zabiegom prof. Richtera z Drezna przyprowadzić do skutku zjednoczenie wielu bardzo stowarzyszeń lekarskich niemieckich w ogólny związek, który odbył przed 10ciu laty pierwszy swój sejmik lekarski (*Aerztetag)* w Eisenachu. O celach i dążnościach tego połączenia dowiecie się Panowie z wręczonego sobie statutu. Tutaj nadmieniam tylko, że właśnie w ostatnich latach związek niemiecki postawił sobie za zadanie wyjednanie u rządu ordynacyi lekarskiéj. Sprawa ta była już poruszoną w sejmie pruskim a minister Gossler wyrażając się w przychylny nader sposób o dążnościach Związku towarzystw lekarskich nadmienił, że państwowéj organizacyi tegoż związku stoi przedewszystkiém na przeszkodzie nierówny rozwój geograficzny stowarzyszeń lekarskich, których w pewnych częściach Państwa zaledwo drobne istnieją zawiązki. Ażeby brak ten usunąć, Wydział sejmiku lekarskiego upoważniony przez delegatów stowarzyszeń niemieckich lekarskich zebranych w roku 1882 w Norymberdze, postanowił odpowiednie poczynić kroki i osobną odezwą, którą Kolegom niebawem przeczytam, wzywa osoby wpływowe pomiędzy lekarzami, ażeby takowe starały się zawiązywać towarzystwa lekarskie w tych obwodach rejencyjnych, gdzie ich jeszcze nie ma, a następnie starać się o to, by towarzystwa te zarówno z już istniejącemi przystąpiły do związku. Odezwę taką otrzymał radzca lekarski Rehfeld jako przewodniczący tutejszego niemieckiego stowarzyszenia lekarskiego i udał się osobiście do mnie z prośbą, abym naszemu Wydziałowi sprawę tę przedłożył wraz z zapytaniem, czyby Wydział nasz nie przyłączył się do owego ogólnego Związku towarzystw lekarskich. Rzecz tę podaję Panom do rozstrzygnięcia.

Po odczytaniu przez sekretarza statutu związku rzeczonego wywiązała się nad tą sprawą dość żwawa wymiana zdań pomiędzy wszystkimi obecnymi kolegami. Prawie jednomyślnie objawione zdanie kolegów w te mniej więcéj daje się ująć słowa: Towarzystwo lekarskie polskie istniejące w Poznaniu od roku 1866 odrębne zajmuje od niemieckich stanowisko, oparte na podstawie narodowo-polskiéj; w razie danym nie powinno jednak zrzec się głosu w sprawach materyjalno-lekarskich, o ile takowe są przedmiotem działania Związku stowarzyszeń lekarskich. W końcu przyjęto wniosek sekretarza, ażeby nie uchwaliwszy chwilowo nic stanowczego oświadczyć ustnie przez sekretarza Drowi Rehfeldowi, że Wydział lekarski wstrzymuje się od dania ostatecznéj odpowiedzi, dopóki nie dowie się, na podstawie jakich warunków, i w jakiéj formie miałoby się dokonać przystąpienie Wydziału lekarskiego Tow. Przyj Nauk do Związku stowarzyszeń niemieckich.

Zebrani koledzy zgodzili się również na wniosek sekretarza, ażeby sprawę tę po odebraniu odpowiedzi na powyższe zapytanie, raz jeszcze w Wydziale lekarskim, a mianowicie na następném Walném zgromadzeniu, poruszyć.

Następnie sekretarz objaśniał przyrządy Leitera do uregulowania ciepła. Wykazawszy w krótkich słowach ujemne strony dotychczasowych sposobów obniżania lub podnoszenia ciepłoty pojedyńczych części ciała, przedłożył regulatory i wykazał ich znaczne korzyści przed innemi przyrządami podobnemi, jakoto: Winternitza, Esmarcha i Goldschmidta.

Również przedłożył sekretarz wełnę drzewną posiadającą znakomite własności chłonicze, a zaprowadzoną jako nowy materyjał opatrunkowy przez Dra Walchera, asystenta Brunsa w Tybindze.

W końcu ustanowiono porządek dzienny dla przyszłego Walnego zgromadzenia, mającego się odbyć w dniu 19 grudnia, poczém o godzinie $7\frac{1}{2}$ posiedzenie zakończono.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. O stanie lekarskim w Anglii.

Urządzenie stanu lekarskiego w Anglii przedstawia się odmiennie pod bardzo wielu względami niż na lądzie stałym. W r. 1874 dość dokładnie opisał stosunki odnośne Finkelnburg w dziele pod tytułem: *Die öffentliche Gesundheitspflege und gegenwärtige Organisation nebst einer vergl. Übersicht der sanit. Instit. in anderen Culturstaaten.* Bonn 1874 [1]). Od tego wszakże czasu wiele się rzeczy zmieniło; że zaś materyjały odnośne porozrzucane są i drukowane w ograniczonéj tylko liczbie egzemplarzy, dla potrzeb domowych nie zaś dla czytelników zwyczajnych, że zresztą niektóre daty wcale nie są publikowane, mniemam, że szczegóły, które tu podać zamierzam, nie będą zbyteczne, zwłaszcza że pod pewnemi względami urządzenia angielskie przewyższają kontynentalne swoją praktycznością.

Od r. 1858 nie było w Anglii prawnego określenia stanu lekarskiego. W roku pomienionym wydano: „*Medical Act*,“ który nadaje dziewięciu stowarzyszeniom lekarskim prawo udzielania stopni. W l. 1880—1881 uzupełniono to prawo. Wolność praktyki została ograniczoną za pomocą regestracyi; regestrator rządowy zapisuje do listy nazwiska studentów, rozpoczynających studyja zawodowe; do regestracyi téj pierwszéj potrzeba złożenia dowodu uzdolnienia w naukach odnoszących się do wykształcenia ogólnego. Opisywać tę kwalifikacyję szczegółowo uważamy za rzecz zbyteczną, powiemy tylko, że stoi ona stosunkowo niżéj od poziomu gimnazyjów kontynentalnych. Od chwili, gdy kandydat został wpisany w listę jako student uznanéj przez Radę (*General medical council)* szkoły lekarskiéj pozostaje mu odbyć 45 miesięcy studyjów zawodowych, poczém za złożeniem certyfikatów ze szkoły składać może egzaminy w jednéj z instytucyj rządowych. Szkoły więc lekarskie oprócz certyfikatów z odbycia studyjów żadnych innych świadectw wydawać nie mogą. Są to instytucyje czysto prywatne, połączone ze szpitalami większemi, utrzymywanemi drogą składek dobrowolnych. Sam Londyn posiada dwanaście takich szkół; prawie o wszystkich wspominaliśmy w artykule: „o szpitalach w Londynie.“ (Przegląd Lek. 1883, Nr. 44 i 45). Wszystkie te szkoły są uznane przez Radę lekarską, jako odpowiednie celowi, i to uznanie nadaje znaczenie certyfikatom z odbycia szkół. Po ukończeniu studyjów lekarskich kandydat może przystąpić do egzaminu dla otrzymania stopnia naukowego i ten egzamin składa w jednym z Uniwersyte-

[1]) Parę wyciągów odnośnych z tego dzieła umieściłem w książeczce pt.: „O znaczeniu sztuki lek. i stanowisku lekarzy.“ Warszawa 1883.

tów (Oxford, Cambridge, Londyn, Edymburg, Aberdeen itd.) albo dla otrzymania stopnia cechy praktycznéj i wówczas składa egzamin w instytucyjach zupełnie innych, z których głównemi są: Królewskie kolegijum lekarzy w Anglii *(Royal College of Physicians of England)* i królewskie kolegijum chirurgów w Anglii *(Royal College of Surgeons of England)*. Uniwersytety nadają zwykle jeden z 4 stopni a mianowicie: „Bachelor of medicine“ „Bachelor of surgery,“ „Master of surgery (magister chirurgii) i Doctor of Medicine.“ W skróceniu oznaczają się one: MB, BS, MS, MD. Stopnie kolegijów są: L R C P (*Licenciate of the Royal College of Phys.*) M. R. C. P. (*Member of the R. C. P.*), F. R. C. P. (*Fellow of the R. C. P.*) a w kolegijum chirurgiczném M. R. C. S. (*Member*) i F. R. C. S. (*Fellow*). Bardzo wielu lekarzy posiada kwalifikacyję podwójną, tj. uniwersytecką i otrzymaną w pomienionych kolegijach królewskich. Dla otrzymania stopni uniwersyteckich wymagane są egzaminy mniéj więcéj odpowiadające egzaminom na lądzie stałym, tylko dla otrzymania stopnia magistra chirurgii wymagane jest praktyczne uzdolnienie w téj sztuce, w mniéj lub więcéj wysokim stopniu, a dla uzyskania stopnia M. D. konieczne są sześć lat praktyki i egzamin z logiki i psychologii, oraz świadectwo moralności od dwóch wiarogodnych osób. Zasady logiki i psychologii stanowiąc przedmioty ogólnego wykształcenia średniego wymagane są poniekąd od wszystkich kandydatów - medyków, co ze stanowiska praktycznego za rzecz godną naśladowania uważać należy; znaczenie bowiem tych nauk przy łóżku chorego nie ulega najmniejszéj wątpliwości i przewyższa ważność niektórych drobniejszych szczegółów teoretycznych z przedmiotów czysto lekarskich. Nadto przy egzaminach poleca Rada lekarska zwracać uwagę na praktyczną stronę rzeczy: wymaganą jest pewna wprawa w wykonywaniu sekcyj i w rozpoznawaniu materyjałów aptecznych, w użyciu mikroskopu i odczynników.

Pozwolenie na praktykę (L. R. C. P.) otrzymuje się przez złożenie egzaminów w kolegijum lekarzy i dowodów, iż kandydat odbył egzamin z przedmiotów ogólnego wykształcenia, został wpisany na listę jako student i studyjował przez 45 miesięcy w znanych szkołach lekarskich, asystował przy dwudziestu najmniéj porodach itp. Sam egzamin składa się: 1) z chemii i fizyki (ciepło, światło i elektryczność) farmakologii, botaniki lekarskiéj, farmacyi i osteologii, 2) z anatomii i fizyjologii, 3) (ostateczny egzamin) z patologii, zasad terapii, z anatomii i patologii chirurgicznéj oraz z zasad praktyki chirurgicznéj, z akuszeryi i ginekologii. Wymagany jest przytém wiek 21 lat i świadectwo moralności. Na członka królewskiego kolegijum lekarzy wymagany jest oprócz powyższych dowodów wiek najmniéj lat 25 oraz egzamin ustny, piśmienny, praktyczny, dotyczący wyłącznie medycyny wewnętrznéj. Dla otrzymania stopnia członka w królewskiém kolegijum chirurgów (M. R. C. S.) wymagane są powyższe dowody (wiek 21 lat, 4 lata praktyki) zwłaszcza zaś dowody ze słuchania w ciągu dwóch lat anatomii, wykonywania sekcyj itp. i egzamin przeważnie praktyczny (operacyja na trupie, badanie na żywych oraz egzamin na preparatach w muzeum [1]). Dla otrzymania stopnia Fellow kolegijów potrzebne są 6 lat praktyki i egzamin o wiele ściślejszy.

Od osób posiadających obce dyplomy, pozwalające na praktykę w krajach, w których zostały wydane a ubiegających się o stopnie w kolegijach, wymagany jest tylko egzamin z głównych przedmiotów, wyznaczany dla każdego kandydata oddzielnie. Zresztą wkrótce będzie przedłożony parlamentowi projekt, pozwalający dyplomowanym cudzoziemcom praktykować bez wszelkich egzaminów.

Pomijając olbrzymią liczbę lekarzy autoryzowanych na dawnych zasadach, większość młodszéj generacyi praktyków składają oczywiścia licencyjaci królewskiego kolegijum lekarzy; po nich następują członkowie królewskiego kolegijum chirurgów (w r. zeszłym było ogółem 16.093 M. R. C. S., podczas gdy F. R. C. S. było tylko 1.186). Jak powiedzieliśmy wyżéj, wielu licencyjatów i członków kolegijów posiada i kwalifikacyję uniwersytecką. Większa niż na lądzie stałym łatwość w otrzymywaniu pozwolenia na praktykę jest przyczyną stosunkowo wielkiéj liczby lekarzy a zarazem braku klasy cyrulików leczących, natomiast nie brak szarlatanów pomiędzy praktykami lekarzami. Ta ostatnia okoliczność była powodem, że dodano kilka paragrafów do regulaminu dla członków królewskiego kolegijum, paragrafów z dziedziny etyki, przedstawiających elementarne zasady stosunków koleżeńskich a mające tę wyższość nad naszym niezbyt fortunnym projektem etyki lekarskiéj, iż przedstawiają określoną pod względem praktycznym formę i cel ściśle określony, albowiem obowiązują bezwarunkowo wszystkich posiadających tytuł członków (licencyjatów paragrafy te nie obowiązują). Według tego regulaminu wymaganą jest dyskrecyja względem niektórych obrad w kolegijum; każdy członek przepisując środek pacyjentowi obowiązany jest oznaczyć datę, nazwisko pacyjenta i pierwsze litery własnego nazwiska. Podczas narady lekarskiéj, którą należy odbywać z nadzwyczajną delikatnością, lekarz nie powinien przepisywać lekarstwa, ani wyrażać w obec pacyjenta lub otaczających jakiéjkolwiek opinii, zanim narada nie zostanie ukończoną. Lekarz, który był pierwszy wezwany, pisze receptę i podpisuje najpierw pierwsze litery nazwisk kolegów zaproszonych na konsultacyję i na końcu własne inicyjały. W razie różnicy zdań wymaganą jest jak największa pobłażliwość, sam zaś fakt różnicy ma być jak najostrożniéj zakomunikowany pacyjentowi lub otaczającym, przez lekarza najpierw wezwanego. Żaden członek nie może ofiarować pomocy swéj pacyjentowi, o którym wie, że znajduje się w kuracyi innego kwalifikowanego praktyka. Żaden członek Kolegijum nie może się zajmować przemysłem, zawierać spółkę z aptekarzem lub innym lekarzem itp. Żaden z noszących tytuł Fellow nie może opuścić posiedzenia Kolegijum przed końcem sesyi bez pozwolenia prezesa. Nadto każdy z członków, a nawet każdy licencyjat, obowiązany jest na żądanie prezesa lub cenzorów wyjawić skład używanego leku.

Licencyjaci mają prawo wydawać leki tylko własnym pacyjentom i nie powinni pod żadnym pozorem używać tytułu członka kolegijum. Jeżeli okaże się, iż którykolwiek członek lub licencyjat podstępem otrzymał ten tytuł, lub popełnił publicznie przestępstwo moralne, narażając na szwank honor zawodu, albo wreszcie naruszył paragraf ustawy, wówczas może być ukarany naganą, karą pieniężną lub wyłączeniem z grona członków.

Z przytoczonych ustaw wynika, że licencyjaci pozornie mają prerogatywy materyjalne w obec członków Kolegijum, którym ograniczono sposoby zarobkowania. W istocie atoli, rzecz tę należy inaczéj pojmować. Wprawdzie licencyjaci i inni tak zwani praktycy ogólni (*General practitioners*) pospolicie używający miana *Surgeon* mają prawo kandydatury

[1]) Królewskie kolegijum chirurgów w Londynie posiada, jak wiadomo, najwspanialsze na świecie muzeum medyczne.

do większéj liczby, lubo mniéj korzystnych, posad, mogą zawierać współkę z aptekarzami itp. [1]) atoli tytuł zwykle posiada pewne znaczenie, podwyższa, że tak powiem, stanowisko lekarza w społeczeństwie i nadaje mu niejako prawo do pobierania większéj zapłaty za czynności lekarskie; cena wizyty wynosząca gwineę, czyli 13 zła., nie uchodzi za nazbyt wygórowaną u znacznéj liczby członków; najpiękniejsze ulice West-Endu w Londynie są przez nich zamieszkane.

Kierunek działalności lekarzy jest przeważnie praktyczny; pojęto tam bardziéj niż na lądzie stałym, że lecznictwo przedstawia sztukę nie zaś naukę; uczonych w ścisłém znaczeniu tego wyrazu, jest, jak wiadomo, pomiędzy lekarzami angielskimi nie wielu i najczęściéj nie zajmują się oni praktyką lekarską. Przytém naukowe badania lekarzy angielskich posiadają, jak wiadomo, cechy odrębne od poszukiwań na lądzie stałym; posiadają one daleko więcéj samodzielności, mniéj natomiast wyczerpując literaturę, zarazem dotyczą pospolicie kwestyj najbardziéj żywotnych. Stosunkowo mniéj uwzględniają Anglicy literaturę obcą niż inne narody; z wyjątkiem małéj liczby pism sprawozdawczych (największą zapewne popularnością w ich liczbie cieszy się *„Medical Herald“*) pisma lekarskie składają się prawie wyłącznie z prac Anglików. Mówiąc o piśmiennictwie wspomnimy nawiasem, że redakcyje angielskie, których jest stosunkowo niewielka ilość, cieszą się w ogólności o tyle wielkiém powodzeniem finansowém, iż bez wątpienia przewyższają pod tym względem o wiele redakcyje pism zawodowych na lądzie stałym; *„Lancet“* i *„British Medical Journal“* posiadające więcéj niż po 10.000 prenumeratorów, zasługują w całém znaczeniu na nazwę bogatych, a biura redakcyj ich zajmują całe domy w samém centrum Londynu.

Podobnie jak publikacyja bieżących prac naukowych skoncentrowaną jest przeważnie w tych dwóch pismach, propagowanie sztuki lekarskiéj żywém słowém i czynem koncentruje się w wielkiéj „korporacyi“ *„British Medical Association,“* która, jak zapowiada memoryjał Towarzystwa, ma na celu postęp lekarskich i innych nauk, a przytém i czuwanie nad honorem i prawami zawodu lekarskiego. Olbrzymia ta korporacyja, któréj członkowie wybierani są drogą polecenia i głosowania (tylko mężczyźni mogą być członkami Towarzystwa), odbywa mityngi w rozmaitych częściach kraju a corocznie ogólne zebrania, za każdym razem w innném mieście; pierwsze ogólne zebranie odbyło się w r. 1874 w Birminghamie. Widzieliśmy w ostatnich czasach, jak ważne kwestyje (np. zbiorowe badanie kwestyi zaraźliwości rozmaitych chorób itp.) były przez Towarzystwo to z powodzeniem podejmowane i przyznać należy, że korporacyja ta, któréj organem jest, jak wiadomo, *British Medical Journal*, przyczynia się w wysokim stopniu do postępu nauki lekarskiéj.

Dr. J. Polak.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Drugie sprawozdanie niemieckiéj Komisyi, wysłanéj celem badania cholery.

Komisyja niemiecka nadesłała pod datą 10 listopada 1883 z Suezu drugie sprawozdanie, które według *Norddeutsche Allgemeine Zeitung* podajemy.

[1]) Apteki w Anglii nie odznaczają się wcale taką elegancyją i zbytkiem jak na lądzie stałym, są to raczéj kramy, w których częstokroć nawet stemple się sprzedają i przyjmują listy (filije pocztowe). W wielu znajduje się pokój konsultacyjny; zresztą istnieje dość znaczna liczba naukowo wykształconych aptekarzy, kwalifikowanych w Apotecary Hall, odpowiadającém królewskim kolegijum lekarzy i chirurgów.

„Z czynności Komisyi, od czasu pierwszego sprawozdania (dat. Aleksandryja 17 września), mamy donieść co następuje:

Jakkolwiek teraz już tylko pojedyncze wydarzały się przypadki cholery, to przecież przypadkowo mogliśmy zrobić jednę jeszcze sekcyję na zwłokach cholerycznego w szpitalu europejskim. Co do bakteryj w błonie śluzowéj jelit stwierdzono to samo, co w poprzednim przypadku.

Treścią jelit, jakotéż różnemi płynami, pochodzącemi już to od chorych cholerycznych, już téż ze zmarłych z cholery, robiliśmy różne próby szczepienia, używając najrozmaitszych modyfikacyj. Szczególniéj robiono próby szczepienia przez wstrzykiwanie do jak najwyższych części kiszki odchodowéj, daléj przez zmięszanie materyi, służącéj do szczepienia z ziemią, wodą, pozostawienie jéj aż do zeschnięcia na różnych materyjach i po pewnym czasie podawanie jéj małpom, psom, myszom i kurom. Wszystkie te doświadczenia, podobnie jak dawniéj wykonane, dały wyniki ujemne.

Skoro skończono prace powyższe, a nie było nadziei, aby się jeszcze nadarzyła sposobność sekcyi zwłok cholerycznych, udała się Komisyja dnia 16 października do Kairu. Narzędzia, przyrządy, zbiory okazów patologicznych, o ile zachodziła potrzeba, wysłano do Suezu, aby je ztamtąd do Indyj zabrać. W czasie pobytu Komisyi w Kairze doniesiono o nowém wzmożeniu się epidemii w Aleksandryi. Komisyja jednakowoż uznała za niestósowne wracać do tego miasta, bo łatwo dało się przewidzieć, że nowy wybuch jest tylko chwilowym i nieznacznym.

Prócz tego ofiarowali się pp. Dr. Schiess Bey i Dr. Kartulis, że zajmą się zbieraniem możliwego materyjału sekcyjnego. Panowie ci nadesłali istotnie potrzebne okazy z czterech przypadków sekcyj zwłok cholerycznych.

Komisyja obrała początkowo jako dalszą stacyję dla poszukiwań Bombay, ponieważ tam w sierpniu i w pierwszéj połowie września wydarzały się dość liczne przypadki śmierci z cholery. Od tego czasu jednak epidemija zmniejszyła się i jak się zdaje zupełnie wygasła. Zdaniem różnych urzędników angielskich, dobrze obeznanych ze stosunkami indyjskiemi, wskazano nam jako najodpowiedniejsze miejsce do dalszych poszukiwań Kalkutę, bo w mieście tém prawie ciągle cholera mniéj lub więcéj panuje. Dla tego udałem się do W. Ekscelencyi z prośbą o zezwolenie na podróż do Kalkuty.

Nim jednak Komisyja Egipt opuścić miała, uważaliśmy za rzecz nader wielkiéj wagi kilka jeszcze kwestyj poddać starannemu badaniu.

Przedewszystkiém chodziło o to, czy zapatrywanie wygłoszone z wielu stron, że tegoroczna cholera nie została zawleczoną z Indyj, lecz że w samym Egipcie powstała, jest słusznem; i czy zatém na przyszłość należałoby uważać Egipt na równi z Indyjami pod względem powstawania tak niebezpiecznéj zarazy. Aby w tym względzie można wydać jakiś sąd, udała się Komisyja jeszcze 6 października z Aleksandryi do Damiety, gdzie był początek wybuchu epidemii, i na tém miejscu w ciągu kilku dni robiła nader staranne poszukiwanie nad początkiem zarazy.

Wynik tych badań Komisyja zamierza późniéj ogłosić. Ważniejszém pytaniem było jeszcze, o ile skuteczną jest kwarantana i o ile zachodzi możliwość zawleczenia cholery przez pielgrzymów udających się lub wracających z Mekki. Komisyja zajmowała się temi sprawami jeszcze w czasie pobytu w Aleksandryi i w tym celu dokładnie zwiedziła urządzenia kwarantany w Gebari i Meks, koło Aleksandryi, jakotéż podobnego zakładu, leżącego przy ujściu wschodniego ramienia Nilu obok Damiety.

Skoro jednak doniesiono o wybuchu cholery między pielgrzymami w Mekce i wydano rozporządzenie, że pielgrzymi przybywający z Djeddach mają odbyć kwarantanę w Tor, uważaliśmy za obowiązek skorzystać z téj tak sprzyjającéj okoliczności. Ponieważ jednak nie ma bezpośredniéj komunikacyi z miejscami, przeznaczonemi dla kwarantany na brzegu Morza czerwonego, udaliśmy się więc do rządu egipskiego z prośbą o ułatwienie zwiedzenia tych miejsc. Na prośbę generalnego konsulatu niemieckiego Kedyw oddał do rozporządzenia Komisyi parowiec „Damanhus.“ Komisyja musiała się poddać najprzód dłuższéj kwarantanie w Djedach. 30 października udała się Komisyja z Kairu do Suezu, 31 przybyła do Tor 2 listopada udała się do El Wedj, a 6 t. m. powróciła do Suezu, po drodze odwiedziwszy jeszcze raz kwarantanę w Tor, i zwiedziwszy kwarantanę przy źródłach Mojżesza nieopodal Suezu. Wycieczka ta była nader

pouczającą. Przy pierwszém zwiedzeniu Tor mieliśmy sposobność widzieć miejsca przygotowane dla kwarantany, lecz jeszcze niezajęte. Tegoż dnia przybył parowiec austr. Lloyda z 500 pielgrzymami. Według podania lekarza okrętowego wszyscy byli zdrowi. Śród przeprowadzania jednak pielgrzymów do namiotów okazało się, że kilku pielgrzymów jest ciężko chorych i podejrzanych o cholerę, tak że ich natychmiast odesłano do szpitala. Podczas drugiego zwiedzenia Tor przybył drugi okręt pielgrzymów. W obu oddziałach pielgrzymów wybuchła cholera, Komisyja poczyniła wiele ważnych spostrzeżeń w czasie zwiedzenia zakładów kwarantany w Tor, El Wedj i u źródeł Mojżesza. Komisyja zda sprawę z tych spostrzeżeń późniéj. Komisyja wraz z wszystkiemi bagażami musiała się poddać dezinfekcyi w czasie powrotu do Suezu.

Prócz tych kwestyj, stojących w bezpośrednim związku z cholerą, zajmowała się Komisyja badaniem przedmiotów w związku stać mogących, jak np. wodociągami, przesączaniem się wody, wpływem opadania lub wznoszenia się wody w Nilu, pogrzebami, zanieczyszczeniami ziemi, stosunkami meteorologicznemi itd.

Daléj zebrano wiele ciekawych spostrzeżeń sekcyjnych dotyczących dysenteryi, gruźlicy, *distomum haematobium*, *anchylostomum duodenale*, *filaria sanguinis hominis* itd.

Badano także 50 chorych na zapalenie oczu. Przekonano się, że mianem egipskiéj choroby ócz chrzczą dwie choroby. Jedna z tych chorób złośliwsza znamionuje się znajdowaniem się bakteryj nader podobnych do gonokokow i prawdopodobnie identycznych. W drugim procesie chorobowym, łagodniéj przebiegającym, znajdowano w ciałkach ropy nader małe bacyle.

Zaraza bydlęca występowała w ostatnich miesiącach w dolnym Egipcie tylko w przypadkach odosobnionych. Komisyja zajmowała się badaniem i téj choroby. Ω.

Ω Angielski komitet wydelegowany do zbierania spostrzeżeń nad zaraźliwością suchot płucnych, ogłosił już pierwsze sprawozdanie. Redaktorami tego sprawozdania są proff. Humphry i Mahomed. Jak wiadomo, komitet ów rozesłał do lekarzy angielskich blankiety z następującemi pytaniami: 1) czyś Pan kiedy miał w obserwacyi przypadki, w których niewątpliwie było wiadomém przeniesienie przyrzutu gruźlicy z jednéj osoby na drugą? 2) jeżeliś Pan więcéj niż jeden przypadek widział, to podaj Pan ich liczbę, 3) jeżeliś Pan widział takie przypadki, podaj Pan ich opis, mianowicie *a)* czas obserwacyi, *b)* stopień możliwego pokrewieństwa między dotyczącemi osobami, *c)* czy nie zachodziło w rodzinie chorego usposobienie dziedziczne? Na powyższe pytania nadesłano komitetowi 1078 odpowiedzi, z których jednakowoż 673 było niedokładnych i niedających się użyć. Z przypadków pozostałych w 119 stwierdzono przeniesienie gruźlicy z męża na żonę, w 69 z żony na męża. W przypadkach tych było wykluczoném wszelkie usposobienie rodzinne. W 32 przypadkach wspomniano o przeniesieniu gruźlicy z jednego z rodzeństwa na drugie. W tych 32 przypadkach w 27 było wykluczoném dziedziczne usposobienie, w 5ciu zaś nie ma o usposobieniu żadnéj wzmianki. W 18 przypadkach podano przeniesienie gruźlicy z rodziców na dzieci z wykluczeniem dziedzicznego usposobienia. Nader mało nadesłano odpowiedzi, któreby potwierdzały przeniesienie gruźlicy na osoby niespokrewnione ze sobą. Spostrzeżenia dodatne w tym kierunku dotyczą osób, żyjących w nader bliskich ze sobą stosunkach, np. w odpowiedzi l. 242 jest mowa o młodym człowieku, który nie miał usposobienia do suchot, a nabył go sypiając w jedném łóżku z chorym przyjacielem. Podobnie w 244 przypadku terminator bez usposobienia, sypiający w jedném łóżku z chorym majstrem. W innym znów przypadku (252) młoda osoba sypiała w małym pokoju ze swoją chorą guwernantką i aż do śmierci jéj nie opuszczała. W przypadku 255 podaném jest, że trzy dziewczyny uczyły się krawiectwa u choréj na suchoty krawcowéj. U wszystkich trzech nie było można wykazać najmniejszego dziedzicznego usposobienia. Wszystkie trzy umarły w ciągu lat trzech z gruźlicy płuc. Z wszystkich tych przypadków widocznem jest, że jeżeli zaraźliwość gruźlicy płuc istnieje, to tylko pośród szczególniéj sprzyjających okoliczności, i przy nader bliskiém stykaniu się z osobami choremi.

Ω Frekwencyja uczniów uniwersytetu Berlińskiego wynosi w bieżącém półroczu 4635 (w r. zeszłym 4062). W Lipsku wynosi 3443, w Hali 1585, w Gietyndze 1064, w Bonnie 1037, w Królewcu 909, w Kielu 373. Na Wydziale lekarskim uniwersytetu berlińskiego zapisanych jest 878 uczniów. Z obcokrajowców jest imatrykulowanych 74 Rosyjan, 52 Szwajcarów, 42 Austryjaków, 34 Węgrów, 80 Amerykanów, 3 z Afryki i 9 z Azyi.

Ω Ciekawy fakt podnosi *Statist. Jahrbuch f. Königr. Sachsen 1883* Od r. 1857 do 1881 wydarzyło się w Saksonii ogółem 17,645 różnych nieszczęśliwych przypadków, z czego 43,52 procent było następstwem pijaństwa, Liczba samobójstw w Saksonii wzrosła od r. 1857 do 1881 z 485 na 1248.

Ω Podług raportów rady kwarantanowéj w Aleksandryi w czasie od 14 października do 1 listopada było w Mekce 446 przypadków śmierci z cholery. Ponieważ pielgrzymka już się skończyła, epidemija także znacznie zmniejszyła się. W kwarantanie w mieście Tor do 5go listopada stwierdzono 19 przypadków cholery; do 10 listopada zaś umarło tam z cholery 7 ludzi. W Aleksandryi zmarło w ciągu czasu od 18 listopada do 3 grudnia 100 osób z cholery.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,8. Z ospy umarło 1 (3 z. t.); z odry 2 (1 z t.); z płonicy 4 (3 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 9—15 grudnia umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 81, świeżo zapadło 32. W Budapeszcie, Brukseli, Glasgowie, Walencyi i Granadzie umarło po 1, w Wiedniu, Paryżu, Londynie, Petersburgu i Lizbonie po 2, w Liverpolu 3, w Birmingham 4, w Nowym Orleanie 5, w Warszawie i Madrycie po 6, w Murcyi 9, w Maladze 20, w Pradze 34. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Warszawie, Murcyi, Saragosie i Lizbonie po 1, w Maladze 2, w Petersburgu i Madrycie po 3.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 9—15 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,6; w Warszawie 27,8; w Wiedniu 25,4; w Budapeszcie 21,9; w Pradze 32,4; w Berlinie 22,5; w Hamburgu 24,9; w Gdańsku 23,2; w Mnichowie 29,3; w Dreźnie 20,6; w Lipsku 27,2; w Bazylei 22,6; w Brukseli 26,2; w Amsterdamie 31,6; w Hadze 18,2; w Paryżu 24,5; w Londynie 22,7; w Kopenhadze 26,4; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 29,6; w Odesie 34,7; w Rzymie 18,8; w Wenecyi 28,2; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 30,2; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 42,1; w Nowym Yorku 25,9; w Filadelfii 22,7; w Rio de Janeiro 49,0; w Bombayu 22,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 stycznia. Przystępując do pracy w roku właśnie rozpoczynającym się poczytujemy sobie za obowiązek przypomnienia strat, które nauka i zawód lekarski poniosły w roku minionym. Z lekarzy bardziéj znanych zmarli: anatomowie: Bochdalek, Pacini i Reichert, antropolog Bertillon; fizyjologowie Stannius i Valentin; farmakolog Steinauer; higijenista: Thuillier; klinicyści: Archambault, Beneke, Cloquet, Costa Alvarenga, Dubois, Farr, Filhol, Graf, Heusinger, Krishaber, Marchant, Spillmann, Veit, Watson; chirurgowie: Barnes, Baum, Bruns, Buren, Corvisart, Druitt, Gotthardt, Michel, Krausold, Kwaśnicki, Sedillot, Wernher; położnicy: Depaul, Funk, Hecker, Horwic, Schöller, Marion Sims; okuliści: Hawranek, Kaempf, Nemetschek, Vladescu; syfilidologowie: Rinecker, Sigmund; dentyści: Albrecht, Tanzer; pedyjatrzy: Gunz, Parrot, Ritter-Rittershain; newropatologowie: Beard, Weiss; psychijatrzy: Lasègue, Maresch; weterynarz: Bruckmüller; fizyk Listing i mechanik Luër. Z lekarzy rodaków umarli: Andrzejewski, Brüner, Buszyński, Chełmiński, Dybek, Ebersohn, Haszczyc, Jachimowicz, Kryda, Maćkiewicz, Mossór, Nowakowski, Nowiński, Pankiewicz, Piramowicz, Pietraszewski, Piotrowski, Rontal, Rauch, Sochacki, Starynkiewicz, Świrski, Szablewski, Troczewski, Wesołowski. Cześć ich pamięci!

* Otrzymaliśmy zeszyty 3 i 4 dzieła: „*Biographisches Lexicon*“, wydawanego pod redakcyją pp. Hirscha i Wernicha przez księgarzy wiedeńskich Urbana i Schwarzenberga. Znając energiję niezwykłą téj firmy wiedeńskiéj niewątpiliśmy, że i to wydawnictwo posunie się bez przerwy naprzód i to szybkim krokiem. W zeszytach nowo wydanych znajdujemy życiorysy począwszy od Appollophanesa aż do Bartelsa, a pomiędzy niemi i krótki życiorys Badurskiego, napisany przez prof. Oettingera. Pod tytułem: „*Arabische Medicin, arabische Aerzte*“ podaje prof. Hirsch (str. 162—180) rys ogólny medycyny arabskiéj a następnie żywoty głównych jéj reprezentantów w liczbie 24, a pomiędzy nimi sławnych: Mesuego starszego i młodszego, Razesa, Albukasima, Awicenny, Serapionów, Awenzoara, Awerroesa i Maimonidesa. Daléj znajdujemy w tych zeszytach bijografije Areteusa, Arlta, Asellicgo, Asklepiadesa, Auenbruggera, Baera, Bäumlera, Bambergera, Bardelebenów, Barkowa i t. d. Nie pominięto i filozofów Arystotelesa i Bakona, a przynajmniéj zaznaczono wpływ ich na nauki lekarskie. Ciekawym jest życiorys Gwidona Baccellego, obecnego ministra oświecenia w Rzymie. Syn Antoniego B., znakomitego lekarza praktycznego, urodził on się d. 25 listopada 1832 w Rzymie, uczęszczał na wydział lekarski w Pawii a w r. 1852 uzyskał w Rzymie stopień doktorski. W r. 1856 mianowany został tamże profesorem medycyny sądowéj, a w kilka lat późniéj otrzymał katedrę anatomii patologicznéj, utworzoną za jego usilném staraniem. Po r. 1870 mianowany został profesorem kliniki lekarskiéj, a zostawszy w r. 1881 ministrem oświecenia zatrzymał tę katedrę dla siebie, poruczając tylko zastępstwo jednemu z profesorów nadzwyczajnych. Od r. 1875 członek izby deputowanych już w przeciągu roku uznany został kierownikiem stronnictwa postępowego i miał sobie dwukrotnie ofiarowaną tekę ministra oświecenia, którą przyjął dopiero za trzecim razem. Jako minister położył już ogromne zasługi koło oświaty narodowéj.

* Niezadługo Izbie poselskiéj włoskiéj Minister oświecenia Bacceli przedłoży projekt ustawy zmierzającéj do reformy uniwersytetów włoskich. Na 27 milijonów mieszkańców Włochy posiadają obecnie 21 uniwersytetów, z których tylko 8 większych (w Turynie, Pawii, Padwie, Pizie, Bononii, Rzymie, Neapolu i Palermo) zasługuje na miano wszechnic, podczas gdy reszta (np. w Cagliari, Sassari, Maceracie, Camerinie, Urbinie itd.) nazywają się uniwersytetami drugorzędnemi, a są raczéj pokątnemi i żywotności pozbawionemi. Największą liczbę uczniów (4000) wykazuje uniwersytet neapolitański, po nim turyński (77 profesorów i 1500 uczniów) rzymski i padewski (po 1000 uczniów), bonoński (800 uczniów i 76 profesorów).

Ω Rząd pruski wysłał asystenta prof. Neissera Dra Arninga z Wrocławia do Honolulu celem robienia poszukiwań nad trądem i nad przyczynami téj choroby.

Ω Zamek „Pharo“, który cesarzowa Eugenija oddała gminie Marsylii, zostanie przerobiony na szkołę lekarską. Magistrat przeznaczył na pierwsze potrzeby 1,200.000 franków. Do nowéj Wszechnicy powołano już D'Arsouvala, dyrektora laboratoryjum fizycznego w College de France, Malasseza, również z College de France, wreszcie znanego higijenistę i epidemijologa p. Masé.

* **Odznaczenie.** Dr. Bowmann, okulista w Londynie, otrzymał godność baroneta. — Dr. Csatary w Budapeszcie otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Wiadomości osobowe.** W roku upłynionym w Akademii lekarskiéj w Petersburgu 15 studentów rodaków otrzymało stopień lekarzy, a mianowicie pp. Ambrożewicz, Budkiewicz, Dyski, Familier, Leszczyński, Moraczewski, Nižycki, Oraczewski, Pawlikowski, Rodzewicz, Samucewicz, Świda, Szawłowski, Szymański i Zakrzewski. W Dorpacie stopień doktora medycyny uzyskał p. Jan Raum z Warszawy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj (c d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Szumana: Przyczynek do nauki o tetanii po wycięciu gruczołu tarczowego; Sokołowskiego: Jeszcze raz w kwestyi zaraźliwości, zapobiegania i leczenia suchot płucnych (Dok.); Florkiewicza: Niemota po obrażeniu głowy powyżéj skroni lewéj. — W *Medycynie* Nr. 52 Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie **we Środę** d. 9 bm. o godz. 6téj popoł. w Sali Akademii Umiejętn. **posiedzenie administracyjne** a we Czwartek o godz. 8méj odbędzie się **zebranie koleżeńskie.**

Na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach galicyjskich złożyli pp. Drowie Józef Ułanowski w Lublinie i Kazimierz Krasuski w Nowo-Mińsku po 3 ruble, Adam Jentys w Lublinie i Ludwik Wiciejewski w Nowéj Aleksandryi po 2 ruble.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla